



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



## A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

## Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

## À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>







600045561R

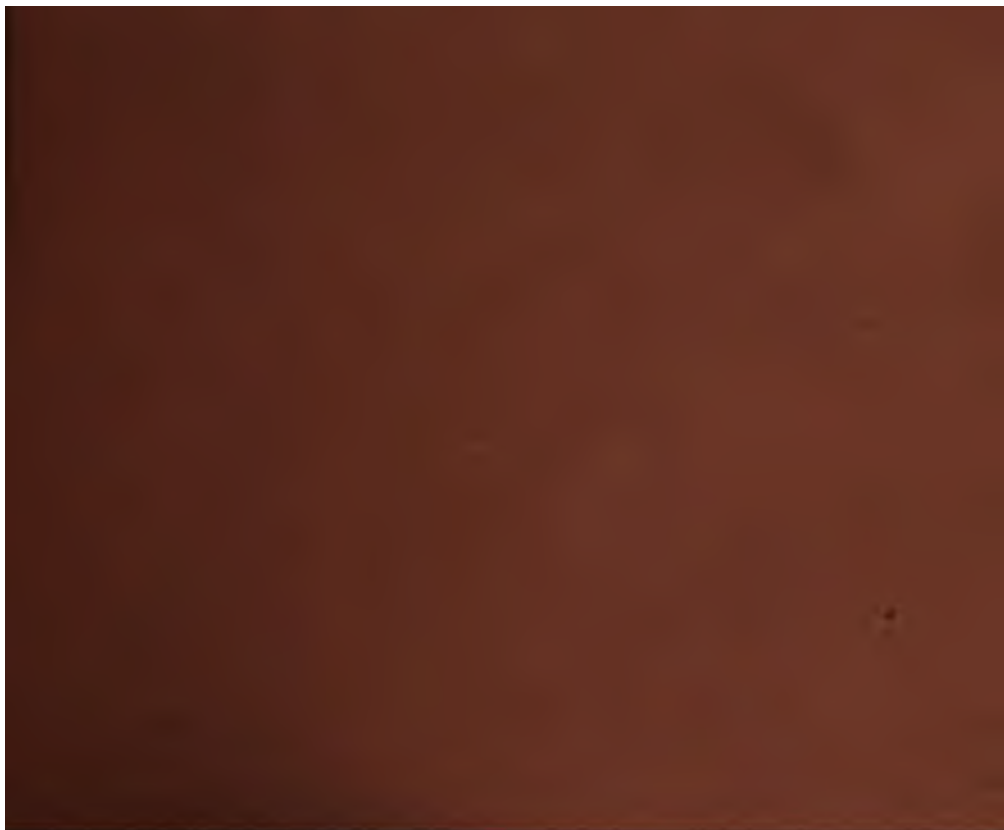
Ms. 174. d. 11.



E. BIBL. RADCL.

C

15185 d 314











**DICTIONNAIRE**  
**DE**  
**DIAGNOSTIC MÉDICAL**

## PRINCIPAUX TRAVAUX DE L'AUTEUR

---

- Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine, 1833; 1 vol. in-8
- Mémoire sur la guérison des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse (lu à la Société des hôpitaux, et Archives générales de médecine, 1853).
- De la congestion pulmonaire considérée comme élément habituel des maladies aiguës (lu à la Société des hôpitaux, et Archives générales de médecine, 1854).
- Recherches sur les variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës (3<sup>e</sup> volume des Mémoires de la Société médicale d'observation, 1856, p. 129).
- Études sur les bruits de percussion thoracique (Archives générales de médecine, 1855 t. p. 180).
- Nouvelles études sur les bruits de percussion thoracique. Premier mémoire : du son tympanique ou tympanisme de la poitrine dans les maladies (lu à la Société des hôpitaux, et Archives générales de médecine, 1856).
- Note sur un nouveau procédé de mensuration de la poitrine (lue à l'Académie de médecine, le 24 mars 1857).
- Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie (marche, pronostic, traitement par la thoracentèse), avec 23 gravures sur bois (Recueil de la Société médicale d'observation, t. I, 1857).
- De l'emploi du tannin dans les affections des organes respiratoires (Bulletin de Thérapeutique, 1863).
- Étude clinique des tumeurs des ganglions bronchiques (Gazette des hôpitaux, 1861 p. 501, 521, 529 et 511).
- Note sur la voix soufflée, variété non décrite de la voix thoracique (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. I, 1864).
- Études sur l'auscultation des organes respiratoires (Archives de médecine, 1865).
- Études cliniques sur la congestion pulmonaire (Archives de médecine, 1866).
- De la vraie pleurodynie (Union médicale, 1866).
- Des abcès du poumon dans la pneumonie (Gazette des hôpitaux, 1868).

---

## CLINIQUE

DES

## MALADIES AIGUES DES ORGANES RESPIRATOIRES

1 vol. in-8, avec figures (1870) — (En préparation).

**DICTIONNAIRE**  
**DE**  
**DIAGNOSTIC MEDICAL**

COMPRENANT

LE DIAGNOSTIC RAISONNÉ DE CHAQUE MALADIE, LEURS SIGNES,  
LES MÉTHODES D'EXPLORATION  
ET L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC PAR ORGANE ET PAR RÉGION

PAR

**E.-J. WOILLEZ**

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

**SECONDE ÉDITION**

PRÉSENTANT L'EXPOSÉ DES TRAVAUX LES PLUS RÉCENTS

---

**AVEC 310 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE**

---

**PARIS**

**J.-B. BAILLIÈRE ET FILS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE  
Rue Hautefeuille, 49, près du boulevard St-Germain

LONDRES  
APOLYTE BAILLIÈRE

MADRID  
C. BAILLY-BAILLIÈRE

1870

Tous droits réservés.



## PRÉFACE

---

Lorsque je publiai la première édition de cet ouvrage en 1862, j'avais la pensée de combler une lacune dans la science. Le *Dictionnaire de Diagnostic* est, en effet, un guide clinique pour le jeune médecin encore inexpérimenté, en même temps qu'il offre au praticien exercé un ensemble de données que l'on rencontre difficilement dans les autres ouvrages.

L'insuffisance des livres classiques à cet égard tient à deux causes principales : les auteurs de traités de pathologie se contentent d'exposer le diagnostic différentiel, le reste de la pathologie descriptive étant considéré à part ; ensuite, la forme scolastique des descriptions pathologiques, excellente en elle-même pour faire connaître une maladie, et qui sera toujours utile et profitable à ce point de vue, devient un embarras pour la solution des problèmes cliniques ; car il faut soupçonner ou avoir déjà le mot de l'énigme pour profiter des ressources scientifiques éparses dans un grand nombre de volumes, et c'est précisément ce mot qu'il s'agit de trouver avant tout.

Il est une seule forme d'ouvrage dont le cadre se prête admirablement à ces recherches en apparence si difficiles : c'est la forme de *dictionnaire*. Là chaque symptôme, chaque organe, chaque maladie, chaque moyen d'exploration utile, ont leur article facile à trouver immédiatement.

Ces raisons me semblent légitimer la division alphabétique de cet ouvrage, comme répondant seule à l'imprévu quotidien des questions diagnostiques à résoudre. Cette forme fait de ce livre un intermédiaire utile, je dirais presque indispensable, entre le livre *Élémentaire de diagnostic*, d'une part, et la *bibliothèque*, d'autre part. Le livre élémentaire est fait pour disposer et préparer à l'étude de la clinique ; la bibliothèque, pour fournir les matériaux épars dans la science, sur les questions qui embarrassent le médecin dans sa pratique.

On peut dire que le livre *élémentaire*, le *dictionnaire de diagnostic*, qui résume l'expérience des observateurs, et la *bibliothèque* sont comme trois sources distinctes pour l'étude du diagnostic clinique.

L'utilité de ce Dictionnaire n'a pas été contestée. Cette utilité nous semble même dénotée par la bienveillance avec laquelle il a été accueilli.

Depuis plusieurs années, je me suis efforcé de combler les lacunes de la première édition et d'améliorer mon œuvre primitive en lui donnant une plus complète unité.

Cette édition a été revue en entier. Un grand nombre d'articles nouveaux y ont pris place. Je citerai notamment les mots : ALALIE, APHASIE, BACTÉRIES, BÉRIBÉRI, BOUTON D'ALEP, DÉGÉNÉRESCENCE LARDACÉE, ENDOCARDITE ULCÉREUSE, ENDOSCOPE, HERPÉTIDES, LARYNGOSCOPIE, LÈPRE DES GRECS, MÉLANÉMIE, PACHYMÉNINGITE, PARALYSIE AGITANTE, PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE, PARALYSIE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE, RÉTINITE, SCLÉROSE, THERMOMÉTRIE, etc. Beaucoup d'anciens articles ont été entièrement refaits, tels sont les mots ALBUMINE, ARTHRITIS, CHROMHYDROSE, CONGESTION du poumon, EMBOLIES, EMPISONNEMENTS, GLYCOSE, HÉMORRHAGIES en général, OPHTHALMOSCOPIE, PHARYNGITES, PIGMENT, PYÉMIE, POULS, SANG, TUBERCULES, URINES, etc.

Dans ces différentes modifications, j'ai tenu compte des progrès scientifiques qui ont influé dans les dernières années, sur la médecine pratique, modifiant l'interprétation ancienne de certains faits cliniques et de certaines lésions, au point de vue de la pathogénie.

On avait trouvé bon et on avait loué le soin impartial avec lequel j'avais indiqué, au courant du texte, les sources auxquelles j'avais puisé pour la rédaction de ce livre. Dans les nombreux changements que j'ai faits, j'ai continué à suivre la même marche, qui a l'avantage de permettre au lecteur de recourir aux travaux originaux et de se faire lui-même une opinion sur le point en litige, s'il lui reste quelques doutes dans l'esprit.

Un mot sur l'exécution matérielle de ce volume, pour lequel rien n'a été négligé non plus de la part des éditeurs. L'agrandissement du format, celui de la justification et un caractère mieux approprié, ont permis de faire des additions considérables et d'intercaler plus de 300 figures sur bois dans le texte, sans grossir sensiblement le volume.

Je dois à plusieurs de mes savants collègues la communication d'un certain nombre de ces figures. Je m'empresse de leur en exprimer mes remerciements.

Je serais heureux que cette nouvelle édition fût accueillie avec la même bienveillance que la première.

E.-J. WOILLEZ.



# DICTIONNAIRE

DE

## DIAGNOSTIC MÉDICAL

---

**ABAISSÉ-LANGUE.** — C'est surtout pour faciliter les opérations pratiquées sur le pharynx que l'on a imaginé différentes espèces d'abaisse-langue. Pour la simple exploration de la région pharyngienne, le médecin se sert habituellement du manche d'une cuiller qu'il a partout sous la main. Cependant l'abaisse-langue en plaque métallique fixée à angle obtus sur un manche, et celui composé de deux plaques articulées à charnière, permettent de mieux déprimer la langue vers sa base, sans gêner le regard de l'observateur. L'abaisse-langue à charnière a l'avantage d'être portatif et de servir, d'un côté pour les adultes, et de l'autre pour les enfants.

**ABATTEMENT.** — Voy. FORCES (État des).

**ABCÈS.** — L'étude générale des abcès, au point de vue du diagnostic médical, présente un véritable intérêt, et l'on est surpris que ce sujet n'ait pas encore été compris dans les traités de diagnostic. Parmi les abcès que l'on est d'usage de considérer toujours comme du domaine de la pathologie externe, il s'en rencontre, en effet, qui ont leur siège ou leur point de départ dans les viscères ou dans les cavités splanchniques, et dont l'étude peut donner lieu à des considérations très-utiles à la pratique.

Je considère comme abcès toutes les *collections de pus* formées dans l'épaisseur des organes, dans le tissu conjonctif qui les avoisine, ou dans les cavités closes naturelles de l'économie. Ainsi envisagés, et sans m'occuper des abcès *latents* qui échappent à toute exploration, je trouve que les abcès se montrent dans deux conditions différentes : ils peuvent être constatés *directement* ou *indirectement* par le praticien.

**I. Abcès directement constatés.** — Ils sont profonds ou superficiels.

**A. ABCÈS PROFONDS.** — Les abcès profondément situés ont pour caractères appréciables : une *tuméfaction* visible ou au moins sensible à la palpation, et une *fluctuation* qui est le principal élément de leur diagnostic. Cependant cette fluctuation est parfois obscure, douteuse ; et même lorsqu'elle est manifeste, la

collection humorale qui donne lieu à la fluctuation peut ne pas être du pus. Pour admettre qu'il y a réellement abcès, il faut donc rencontrer, comme phénomènes concomitants, ceux que l'on donne comme annonçant la suppuration : frissons irréguliers, rémission des accidents inflammatoires, sentiment de pesanteur qui succède à la douleur pulsative. Or, les difficultés du diagnostic viennent précisément de ce que ces phénomènes font souvent défaut. La palpation ne peut d'ailleurs s'exercer que sur un petit nombre d'organes des cavités splanchniques. Ce n'est que sur les organes abdominaux qu'elle est praticable; et encore tous ceux de cette cavité ne sont-ils pas accessibles à l'emploi de ce moyen. Ceux qui sont comme cachés sous le rebord des côtes (foie, rate), dans la profondeur du bassin (ovaires, utérus), ou bien entre le paquet intestinal en avant et les masses musculaires des lombes en arrière (reins), doivent augmenter de volume et se rapprocher des parois antérieures ou latérales de l'abdomen, pour que la palpation, aidée de la percussion, puisse avoir une réelle utilité. On a conseillé comme moyen de diagnostic une ponction avec un *trocart capillaire*, qui donne issue à du pus si la tumeur ponctionnée est un abcès; mais c'est un moyen qu'on ne saurait conseiller que dans des cas exceptionnels.

Il résulte de ce qui précède que c'est seulement par exception et lorsque l'on peut s'appuyer sur un ensemble rare de données diagnostiques favorables, qu'il est possible de reconnaître directement l'existence d'un abcès profond.

B. ABCÈS SUPERFICIELS. — Je comprends sous cette dénomination, pour établir leurs différences, toutes les collections purulentes qui se forment ou qui viennent se montrer au niveau des téguments. Ainsi compris, les abcès superficiels ou devenus tels, sont dus à une cause traumatique ou externe, ou bien à une cause interne, générale ou locale. Je mets de côté les abcès traumatiques lorsqu'ils sont localisés hors des cavités splanchniques, leur diagnostic étant exclusivement chirurgical. Je ne m'occuperai pas non plus ici d'une manière spéciale des abcès uniques ou multiples qui sont dus à des affections générales dont j'ai traité dans des articles particuliers. Tels sont les abcès produits par la scrofule, la syphilis, la morve, les fièvres graves dans leur cours ou sur leur déclin, la résorption purulente et l'état général encore mal défini que l'on a dénommé diathèse purulente. Les antécédents et les symptômes concomitants suffisent ordinairement, dans ces différents cas, pour en indiquer l'origine. On ne doit faire exception que pour la pyémie et surtout pour la morve aiguë, et le farcin chronique, dans lequel les abcès sous-cutanés peuvent être le *seul signe* de la maladie. C'est un point de pratique qu'il ne faut pas perdre de vue, ces maladies étant de celles auxquelles on ne songe pas toujours, vu leur rareté (*Voy. FARCIN, FIÈVRES, MORVE, PYÉMIE, SCROFULE, SYPHILIS*). Je ne fais que citer ces différentes conditions pathologiques; et cela me paraît suffire, car il ne faut parfois que penser à une maladie pour être bientôt sur la voie de son diagnostic.

On s'est appuyé sur un certain nombre de signes pour établir l'origine pathologique des abcès qui font saillie sous les téguments. On a voulu distinguer ceux qui ont leur source dans les organes profonds de ceux qui occupent seulement l'épaisseur des parois des cavités splanchniques. Comme signes les plus caractéristiques des abcès intra-splanchniques devenus sous-cutanés, on a cité les suivants : 1° le *reflux* momentané, à l'intérieur, du liquide de la collection purulente extérieure par la compression; 2° l'écoulement, après l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès, d'une *quantité de pus* beaucoup plus considérable que la tuméfaction extérieure ne pourrait le faire supposer; 3° la présence dans le pus de *corps étrangers* ou d'*éléments anatomiques*, visibles à l'œil nu ou armé du microscope, et provenant nécessairement d'un organe par cela même

facile à déterminer; 4° la pénétration directe d'un *stylet* boutonné dans la cavité *splanchnique* ou vers un organe profond, et la sensation éloignée d'un corps étranger, un calcul biliaire, par exemple; 5° enfin un ensemble de données *étiologiques* et de *symptômes concomitants* concourant à éclairer sur l'origine anatomique de l'abcès.

L'apparition d'un abcès dans telle ou telle partie extérieure du corps est le fait pratique qui éveille immédiatement l'attention et qui est le point de départ d'inductions diagnostiques parfois très-importantes. La meilleure manière d'exposer la signification est donc de considérer successivement les abcès dans les différentes régions.

1° *Tête*. — En dehors des abcès traumatiques avec fracture du crâne, on n'a rencontré que bien rarement à la tête des abcès extérieurs communiquant avec les organes contenus dans la cavité crânienne. Plusieurs fois le point de départ de ces abcès a été une carie du temporal; on les a vus ainsi former une tumeur fluctuante derrière l'oreille (*Journ. d'Hufeland*, 1837), et vers la partie supérieure et postérieure de l'oreille droite (R. Thompson, *Provinc. med. and surg. Journ.*, 1849). Chose remarquable, malgré la pénétration du pus à l'intérieur du crâne, il ne se développa, dans ces faits, aucun des symptômes cérébraux que l'on a vus survenir dans les cas où le pus n'a pas d'issue au dehors. La même absence de symptômes du côté du cerveau, sans doute par suite du défaut de compression, s'est rencontrée, jusqu'aux derniers moments, dans des faits d'abcès du cerveau curieux à signaler, et dans lesquels le pus s'est fait jour au dehors, au niveau de la paupière supérieure, par la cavité orbitaire. Dans deux de ces faits trop peu connus, l'un dû à Binet, de Genève (*Recueil des travaux de la Soc. d'obs.*, 1857, t. I), l'autre à Rossier (*Écho méd. Suisse*, 1857), l'abcès chronique siégeait pourtant dans la substance cérébrale. Le plus souvent les abcès du cerveau donnent lieu aux mêmes symptômes que les tumeurs cérébrales (*Voy. TUMEURS*.)

Parmi les abcès de la face, je dois mentionner ceux du sinus maxillaire qui succèdent au coryza et qui peuvent former une collection fluctuante au-dessous de l'œil, après la destruction de la paroi externe du sinus (Boeck, *Arch. de méd.*, 1835, t. XXI), et les abcès de la pituitaire observés par Cloquet et simultanément des polypes des fosses nasales (Arnal, *Journal hebdom.*, n° 91).

Les abcès de l'intérieur de la bouche ne doivent pas m'occuper d'une manière spéciale. Je me contente de rappeler que P. Frank y a vu prendre pour des abcès des varices pelotonnées en tumeur au niveau de la muqueuse buccale. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de cette erreur pour l'éviter facilement.

2° *Cou*. — Ici peuvent se faire jour à l'extérieur : des abcès *pharyngiens* que l'on peut voir et toucher dans le pharynx et qui sont tantôt aigus (pharyngite grave) et tantôt chroniques (carie des vertèbres cervicales); des abcès *péri-œsophagiens*, dont l'origine est plus obscure, attendu que l'on ne peut la rechercher qu'à l'aide de la sonde œsophagienne; mais cette sonde, produisant une douleur insupportable (David Hay), ne peut révéler que l'inflammation et non la collection purulente. On a vu des abcès du pharynx qui ont produit une mort subite par asphyxie due à leur rupture vers la glotte.

On a vu aussi des abcès du cou, siégeant en apparence au-dessus du sternum ou des clavicules, communiquer avec les *médiastins*, avec la *plèvre*, avec le *péricarde* même. Sauf dans cette dernière circonstance, qui est rapidement mortelle (pénétration du pus dans le péricarde), les moyens physiques d'exploration, et principalement la percussion, permettront de soupçonner l'étendue de la collection purulente. Quelquefois la sortie de l'air avec le pus, et la ressemblance de

ce dernier aux crachats expectorés, indiqueront une communication de l'abcès avec les voies respiratoires (D<sup>r</sup> Smith). Bouvier a nommé abcès cervicaux *ascendants* des abcès par congestion nés des premières vertèbres dorsales. Des collections purulentes de même origine ont été prises dans la région sus-claviculaire pour des abcès ganglionnaires.

Une complication des abcès de la partie latérale du cou, qui a été assez fréquemment observée pour préoccuper le praticien, est la perforation des vaisseaux. C'est ainsi que des *hémorragies subites* ont amené la mort par suite de la destruction des parois de la *veine jugulaire* (Robert W. Smith), de l'*artère sous-clavière* dans un cas d'abcès scrofuleux avec carie de la clavicule (Jackson, de Sheffield). L'usure de l'*aorte* elle-même par un abcès fistuleux de la partie antérieure et inférieure de la région cervicale (Busck) a donné aussi lieu à une hémorrhagie mortelle. Cependant l'érosion de la veine jugulaire, en pareil cas, n'est pas toujours funeste, car Deperet, Muret et Boulland ont cité un cas de guérison (*Union méd.*, 1850).

3<sup>e</sup> *Thorax*. — Parmi les abcès qui viennent faire saillie à l'extérieur du thorax, il en est qui siègent dans les parois mêmes de la poitrine, comme les abcès aigus de la glande mammaire des nouveaux-nés (Nat. Guillot) et les abcès chroniques développés à la partie antérieure du thorax, avec carie des côtes ou du sternum, ou bien sans carie, comme les abcès décrits par Ménière (*Arch. de méd.*, 1829). Aucun signe, fourni par la percussion ou l'auscultation à leur niveau ou dans leur voisinage, n'indique alors de lésion interne, à moins de complications. Ces complications sont la rupture de l'abcès dans la plèvre, que Velpeau a vu survenir au niveau d'un abcès du sein, puis la propagation de l'inflammation à la plèvre (Broca).

Les abcès intra-thoraciques venant se montrer au dehors, le plus souvent entre les côtes et rarement au-dessus de la partie supérieure du sternum ou des clavicules, s'accompagnent de signes anomaux et de symptômes thoraciques qui expliquent l'apparition des abcès extérieurs; ordinairement c'est même dans le cours d'une affection intra-thoracique qu'ils surviennent. Un son mat à la percussion, à leur niveau et à leur pourtour, la possibilité de refouler le pus à l'intérieur (ce qui n'est cependant pas toujours possible), et, après l'ouverture de l'abcès intérieur dans les bronches, la diminution de la tumeur extérieure et de la matité primitive, l'écoulement considérable du liquide purulent, qui suit l'ouverture extérieure de l'abcès, et enfin la ressemblance que ce liquide présente parfois avec celui des crachats, lorsqu'il y a en même temps communication du foyer avec les bronches : tels sont les signes les plus ordinaires que l'on peut utiliser pour le diagnostic de ces collections purulentes profondes émigrant vers l'extérieur.

Les *pleurésies purulentes* sont la cause la plus fréquente de ces abcès secondaires, et qui sont parfois énormes; Oulmont en a donné une très-bonne description dans sa thèse sur la *pleurésie chronique* (1844). Ces abcès pleuro-cutanés ne seraient pas très-rares chez les enfants, selon Barthez et Rilliet (*Traité des mal. des enf.*, t. I, p. 563). Ils se montrent en avant ou en dehors du thorax. — Il est douteux qu'un abcès du *poumon*, à moins qu'il ne soit tuberculeux, ce qui s'est vu plusieurs fois, viennent s'ouvrir au dehors dans un espace intercostal. — Quant aux abcès des *médiastins*, étudiés par Guntner (*Oesterreichische Zeitschrift für pract. Heilk.*, 1859), ils tendent à gagner supérieurement la partie antérieure du cou, mais ils peuvent aussi se faire jour à la partie antérieure de la poitrine, dans le voisinage du sternum. — La *carie* des côtes ou du sternum peut produire simultanément un abcès intra et extra-thoraciques à

son niveau. Enfin la carie vertébrale doit être soupçonnée comme cause des abcès froids se montrant dans le voisinage de l'épine dorsale, lorsqu'il n'y a pas encore de déformations de la colonne. Lorsque ces abcès sont ouverts, la nature séropurulente du liquide évacué, et l'expulsion de corpuscules osseux, ne laissent aucun doute sur l'origine de l'abcès, abcès plus difficile à reconnaître si le pus fuse le long des côtes pour venir faire saillie en avant, comme l'ont vu Roux et Bérard. — Des abcès aigus, provoqués par la sortie de *corps étrangers* qui avaient pénétré par la glotte jusque dans les poumons (épis barbus), se sont quelquefois montrés en avant ou en arrière de la poitrine, comme le rapporte Hévin (*Mém. acad. de chir.*, 1781, t. III, p. 94); mais ce sont des faits exceptionnels.

4° *Abdomen*. — Les abcès que l'on constate au niveau de l'abdomen proprement dit, des lombes et du bassin, affectent dans chacune de ces parties un siège variable. La plupart de ces abcès occupent la région ombilicale, l'intervalle qui sépare l'ombilic des côtes, le voisinage du rebord des côtes au niveau des hypochondres, et la zone inférieure du ventre, principalement les fosses iliaques et les aines.

Nous avons ici, comme pour la poitrine, des abcès bornés aux parois, et d'autres ayant leur point de départ dans les viscères. Le diagnostic devra donc avoir pour but encore : 1° de décider si la collection purulente occupe les parties superficielles ou s'étend dans l'abdomen; 2° de déterminer, dans l'affirmative d'un siège profond, l'organe qui en est le point de départ.

Voyons d'abord à quelles données on reconnaît qu'un abcès ne s'étend pas au-delà des parois abdominales. Le diagnostic de ces abcès, signalés depuis longtemps par les chirurgiens, a été particulièrement étudié dans les derniers temps, sous le rapport des difficultés du diagnostic, par Bricheteau (*Acad. de méd.*, 1826; *Arch. de méd.*, 1839), par Dance (*Arch.*, 1832), Bernutz (*ibid.*, 1850), et dans l'excellente thèse de Féréol, sur la *perforation de la paroi abdominale antérieure dans la péritonite* (1859). La lecture de ces documents, basés sur des faits intéressants, me semble démontrer qu'il faut distinguer, avant toute appréciation, les *abcès peu étendus* de ceux qui ont envahi une *grande partie* des parois abdominales. Les premiers, en effet, sont d'un diagnostic beaucoup plus facile que les seconds. 1° Ils débutent par une *induration inflammatoire* mobile qui *plastronne* l'abdomen, suivant l'heureuse expression de Dance, et qui persiste autour des points fluctuants; 2° ils ne sont pas *réductibles* lorsqu'ils sont ramollis par la suppuration; 3° lorsqu'ils sont ouverts spontanément ou à l'aide du bistouri, ils fournissent un *pus bien lié*, non séreux, en quantité proportionnelle au volume de la tumeur; 4° enfin le pus ne se trouve mélangé d'aucun autre liquide ni de corpuscules solides *provenant des organes internes*.

La coïncidence de ces différents signes est concluante; et, même isolés, les trois premiers ont une grande valeur. Il ne faut pas oublier que les gaz stercoraux peuvent, comme par endosmose, pénétrer les parois de l'abdomen; et que le pus des abcès sous-péritonéaux peut avoir l'odeur des matières fécales, sans qu'il y ait communication entre le foyer et les intestins (Dance).

Quoi qu'il en soit, dans ces conditions de limitation du phlegmon et par suite de l'abcès qui en résulte, il est possible de déterminer leur siège dans les parois abdominales. Quand au contraire ces phlegmons et ces abcès sont très-étendus, ils peuvent bien quelquefois se reconnaître aux mêmes signes que les précédents; mais dans un assez grand nombre de cas, ces signes n'ont plus la même valeur. L'abcès, étendu dans la couche de tissu cellulaire sous-péritonéal, ne forme plus un *plastron* aussi mobile, aussi bien isolé, puis d'ailleurs la sensibilité de la tumeur inflammatoire peut s'opposer à cette recherche, et l'on pense alors à un

abcès intra-abdominal enkysté aussi bien qu'à un abcès des parois. De plus, la quantité de pus évacué peut paraître plus considérable que ne le comporte le volume apparent de la tumeur, et c'est surtout dans ces cas de diagnostic incertain que l'odeur stercorale du pus peut faire hésiter sur la question de savoir si l'abcès est bien réellement dans les parois abdominales.

Ce sont surtout les collections purulentes du péritoine, plus ou moins localisées, qui peuvent être confondues avec les abcès sous-péritonéaux des parois antérieures de l'abdomen. Féréol, en s'aidant de nombreuses recherches et d'observations qu'il a recueillies, expose les données pour la solution du problème, sans se croire autorisé par les faits à trancher la question, tant elle lui paraît difficile à résoudre. La similitude des circonstances pathologiques dans lesquelles se développent les inflammations intra et extra-péritonéales (fréquemment l'état puerpéral), l'analogie des symptômes du début (douleurs abdominales, vomissements, fièvre d'intensité variable, etc.), leur ouverture dans le voisinage de l'ombilic, doivent souvent embarrasser le praticien et l'empêcher de se prononcer. L'embarras est inévitable si un vaste abcès du *fascia propria*, au lieu de tendre à se faire jour à l'extérieur, va perforer le diaphragme et s'ouvrir dans les bronches, ainsi que Bricheteau l'a observé (*Arch. de méd.*, t. XXX, 1832).

La région dans laquelle apparaissent à l'extérieur les abcès profonds de l'abdomen n'est pas aussi importante qu'on pourrait le croire au premier abord pour déterminer leur siège anatomique. Le plus grand nombre de ces abcès, en effet, s'ouvrent *dans le voisinage de l'ombilic*. Les abcès du foie ou de ses dépendances (vésicule), ceux dus à des *péritonites*, ou provenant de l'estomac, du petit ou du gros intestin, de l'ovaire même, peuvent se faire jour par cette région. — Dans la zone supérieure du ventre, ce sont surtout les abcès du foie que l'on rencontre dans le voisinage du rebord des fausses côtes; mais on y a vu aussi la migration d'un abcès pleural (Foubert). — Les abcès profonds qui se montrent dans la zone inférieure, et surtout dans les régions latérales (fosses iliaques, aines), proviennent des tissus sous-jacents, de *péritonites* du grand ou du petit bassin, des *intestins* (corps étrangers), ou constituent quelquefois des expansions d'abcès *urinaires*. Parmi les erreurs de diagnostic auxquelles les abcès de cette région ont donné lieu, Pelletan a signalé un anévrysme énorme, à obscurs battements, ayant détruit les corps de quatre vertèbres et ayant été pris pour un abcès par congestion. Velpeau a particulièrement étudié l'origine des abcès qui se montrent au niveau du canal inguinal, et, selon Gubler, les abcès bilobés ou en gourde y seraient formés, chez la femme, par du pus provenant du *ligament large* et qui suivrait le trajet du ligament rond, pour venir se montrer au niveau de l'aîne (*Union méd.*, 1850). — Enfin les abcès profonds qui s'étendent jusqu'aux lombes ont une origine très-diverse : la *périnéphrite* suppurée, les abcès des reins, de la rate (du côté gauche), ceux dus à des *corps étrangers* venant de l'intestin, même l'*empyème*, peuvent s'y montrer; et l'on s'expliquerait difficilement qu'il en soit ainsi pour les corps étrangers provenant des intestins, si l'on n'en avait vu se faire jour dans les régions où les parties à traverser sont encore plus épaisses, au niveau de la fesse, par exemple.

Dans ces différents abcès, les matières ou les corps mélangés au pus éclairent immédiatement sur leur siège : il en est ainsi de la bile et des *calculs biliaires* pour le foie et les voies biliaires; des *aliments* et des *boissons* pour l'estomac; des *matières fécales*, des *lombrics*, des *résidus d'aliments* ou des *corps étrangers* ingérés par la bouche ou introduits par l'anus, pour les intestins; des os de *fœtus* mélangés à des cheveux pour l'ovaire (?); des *strongles* pour le rein; de l'*urine* pour les voies urinaires.



5° *Bassin*. — Je ne fais que rappeler en passant, attendu qu'il en est amplement question ailleurs, les abcès du petit bassin et, entre autres, le phlegmon péri-utérin, qu'il est si facile de confondre avec l'hématocèle (*Voy. HÉMORRHAGIES, PHLEGMONS*).

6° *Membres inférieurs*. — Pour compléter ce qui précède, il me reste à signaler une particularité rare des abcès intra-abdominaux : leur migration jusqu'au niveau de la cuisse par l'anneau crural, ou, ce qui est très-rare, par le trou obturateur. Fergusson (*The Lancet*, 1850) a rapporté le fait remarquable d'un abcès de cette dernière espèce, produit par une perforation du jéjunum qui s'était faite dans le tissu sous-péritonéal après adhérence.

II. *Abcès indirectement constatés*. — Certains abcès des viscères, qui ne donnent lieu à aucun signe local caractéristique en tant qu'abcès, se révèlent assez fréquemment par leur *rupture*, soit dans des organes creux qui s'ouvrent au dehors par la bouche, l'anus, l'urètre ou le vagin, soit dans des cavités closes (séreuses, cavité encéphalo-rachidienne, vaisseaux).

A. *RUPTURE DANS DES VOIES NATURELLES* (ouvertes à l'extérieur). — Dans ces cas, l'apparition au dehors du pus qui a été déversé dans les voies respiratoires, digestives, urinaires ou génitales, est un indice pathognomonique d'un abcès plus ou moins profondément situé.

L'apparition du pus constitue un accident habituellement inattendu et subit au début; sa quantité est plus ou moins considérable, le plus souvent abondante, et sa composition, de même que dans le cas d'abcès se faisant jour vers la peau, est très-variable suivant l'organe qui le fournit. On peut dire qu'il n'y a pas d'abcès développé dans les viscères voisins des conduits naturels qui ne puisse s'y ouvrir, soit directement, soit après que l'inflammation a déterminé la formation d'adhérences intermédiaires. Quelquefois, quoique contigu à une voie naturelle, l'abcès va s'ouvrir dans une voie éloignée; c'est ainsi que l'on a vu un abcès du foie ou même des lombes aller s'ouvrir dans les bronches. La multiplicité de ces collections purulentes internes et la diversité de leurs manifestations rendent la signification des excréments de pus parfois difficile à établir quant à leur origine; mais, d'un autre côté, l'accident lui-même peut éclairer immédiatement sur la nature et sur le pronostic, jusque-là douteux, d'une affection obscure. On observe en effet ces excréments purulents dans trois conditions principales :

1° L'abcès profond est reconnu directement dans un organe ou par la formation au dehors d'un abcès qui n'en est que l'expansoin, et l'apparition par la voie naturelle du pus à l'extérieur, en même temps que s'amendent les symptômes locaux et que la tumeur diminue de volume, vient confirmer le diagnostic porté;

2° Il existe vers un organe des symptômes d'une nature indéterminée, avec ou sans signes physiques, mais que l'excrétion purulente fait reconnaître comme étant ceux d'un abcès profond;

3° Aucun trouble symptomatique bien manifeste ne s'est prononcé avant la rupture de la collection purulente dans la voie naturelle qui le rejette au dehors, expulsion qui révèle seule l'existence jusqu'alors latente de l'abcès interne.

B. *RUPTURE DANS LES CAVITÉS CLOSES*. — Si, au lieu de s'ouvrir dans des organes creux communiquant au dehors, ce qui doit souvent faire porter un pronostic favorable, le pus fait irruption dans une cavité séreuse, il en résulte une inflammation suraiguë, ordinairement funeste, surtout lorsque la rupture a lieu dans le péricarde, cas dans lequel la mort a pu être instantanée. Dans le péritoine, l'inflammation dure ordinairement quelques heures au moins, et la

guérison a lieu seulement dans des cas exceptionnels si l'épanchement est limité par des adhérences. Dans la plèvre, l'inflammation se prolonge davantage, en présentant moins de danger. La rupture peut s'effectuer aussi dans le *canal rachidien*, lorsqu'il y a carie des vertèbres; une paraplégie en est alors la conséquence. Enfin, on a vu un abcès rétro-stomacal, résultant d'un carcinome de l'œsophage, perforer la *veine porte* et donner lieu subitement à un accès violent de frissons suivis de chaleur et de sueur, et la mort survenir après plusieurs accès semblables (*Archiv. für pathol Anatom.*, t. XVI, p. 359).

Ces différentes ruptures ne peuvent éclairer le diagnostic que dans les cas où l'abcès est d'avance bien constaté; car toute perforation laissant pénétrer un corps liquide ou solide quelconque dans une séreuse y produit des phénomènes semblables à ceux qu'y provoque l'épanchement accidentel du pus. Il faudrait donc qu'il fût démontré qu'il y a pénétration d'un liquide et que ce liquide est du pus, pour que le fait de la rupture pût être utilisé pour le diagnostic d'un abcès. Or, ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il en est ainsi; lorsque, par exemple, on a diagnostiqué à l'extérieur un abcès dont le foyer est profond et que la rupture interne amène, avec les accidents qui la caractérisent, la diminution rapide de volume de la tuméfaction observée, par suite du passage du pus dans la séreuse.

On sait qu'une douleur vive, ordinairement subite, annonce la rupture dans la séreuse, et qu'il s'y joint des symptômes fonctionnels variables pour chacune d'elles : dyspnée intense pour la plèvre; nausées et vomissements pour le péritoine; convulsions pour l'arachnoïde spinale (*Hufeland's, Journal*, 1837). La rupture dans le péritoine d'une collection purulente située à la base du poumon produit subitement, et sans symptômes précurseurs, un singulier phénomène chez un individu observé par Richard et Duhordel en 1843 (*Arch. de méd.*, t. I); ce fut une tension de l'épigastre qui se montra après la douleur subite du début des accidents, tension qui gagna tout le ventre et y produisit une tympanite générale qu'il était impossible d'expliquer pendant la vie et que l'autopsie démontra être la conséquence de la communication accidentelle des bronches avec l'intérieur du péritoine (*Voy. COMMUNICATIONS MORBIDES, PUS, RUPTURES*).

**ABDOMEN.** — Des trois cavités splanchniques du corps de l'homme, l'abdomen est la plus étendue et en même temps celle qui renferme le plus grand nombre d'organes. Dans l'état sain, cette cavité est occupée presque en entier par les organes digestifs et leurs annexes : estomac, intestin grêle, gros intestin, foie, pancréas. La rate, les capsules surrénales, dont les fonctions sont encore mal connues; les organes de la dépuración et de l'excrétion urinaires, ceux dits internes de la génération, celui de la gestation chez la femme complètent en grande partie l'énumération des nombreux organes intra-abdominaux. Mais si je rappelle en outre qu'un organe membraneux très-important, le péritoine, et son tissu conjonctif sous-jacent, se superposent à eux et les enveloppent tous; qu'une double circulation veineuse occupe les viscères ou les parois abdominales; que chaque organe, plus ou moins mobile et situé plus ou moins profondément, peut être atteint d'affections variées, subir des variations fréquentes de volume, et des déplacements parfois considérables, on comprendra de quelles difficultés peut se trouver entouré le diagnostic des affections qui siègent dans l'abdomen.

On est convenu de diviser l'abdomen en neuf régions qui, malgré leurs délimitations diffuses, facilitent sa description anatomique. Elles comprennent trois régions supérieures : l'ÉPIGASTRE au centre et latéralement les deux HYPOCHONDRES; trois divisions moyennes : la région OMBILICALE au centre, et en

dehors les **FLANCS** ; trois inférieures, la région **HYPOGASTRIQUE** et les deux régions **ILIAQUES**.

Il est nécessaire de bien savoir à quels organes correspondent ces différentes régions, auxquelles j'ai consacré des articles particuliers. Je n'ai donc qu'à y renvoyer le lecteur. Mais il ne devra pas oublier que, dans les changements de capacité de l'abdomen, les organes sains subissent des déplacements qu'il faut connaître lorsqu'on veut explorer ces organes, afin de ne pas confondre leur localisation insolite avec une lésion imaginaire. C'est ainsi que le foie ou la rate peuvent être refoulés en bas du rebord des fausses côtes par un épanchement pleurétique ou une tumeur thoracique plus ou moins considérable. On peut se faire une idée de ce refoulement en songeant que le diaphragme peut présenter une convexité inférieure, au lieu de la concavité profonde qu'il offre normalement du côté de l'abdomen. Lorsque le diaphragme est au contraire repoussé en haut par la distension de l'abdomen, le foie et la rate sont refoulés vers la poitrine, parfois bien au-dessus de leur position naturelle, et c'est à cette hauteur insolite qu'il faut les explorer. Quand une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale distend l'abdomen, c'est en haut et sur les parties moyennes de l'abdomen que se trouvent l'estomac et le paquet intestinal presque en entier ; ces organes se portent plus d'un côté que de l'autre, si leur refoulement est dû à une tumeur développée du côté opposé, à un kyste de l'ovaire, par exemple.

Le déplacement des organes abdominaux peut également être la conséquence d'une lésion qui leur est propre, comme je l'ai exposé à propos de chacun d'eux.

Ces considérations anatomiques ne doivent pas être oubliées ; mais ce qui n'importe pas moins au diagnostic, c'est l'ensemble des *symptômes* ou *signes* qui s'observent au niveau de l'abdomen, les *moyens d'exploration* à employer, et les particularités qui peuvent permettre de déterminer le *siège anatomique* des lésions qu'on y rencontre.

1° Les *symptômes* ou *signes* que l'on observe au niveau de la cavité abdominale sont nombreux et importants ; cependant il arrive souvent qu'ils ne peuvent suffire à faire porter un diagnostic précis. En dehors des signes physiques que je rappellerai à propos des moyens d'exploration, il y a à considérer : la douleur, des phénomènes fonctionnels et des excrétions.

Les caractères des *douleurs abdominales* peuvent être si différents, qu'il faudrait rappeler tous ceux que j'ai énumérés ailleurs (*Voy. DOULEUR*). Je n'insisterai donc ici que sur quelques particularités qu'il est bon d'avoir présentes à la pensée, lorsqu'un malade accuse une douleur du côté du ventre. Rien de plus fréquent et qui puisse plus facilement entraîner à des erreurs de diagnostic regrettables que les douleurs névralgiques qui occupent l'épaisseur des parois abdominales. Par conséquent, il faut avant tout rechercher si la douleur a ce caractère. De plus, lorsqu'une douleur vive, subite, a son siège plus profondément dans l'abdomen, on doit songer aux conditions nombreuses qui peuvent la produire : à la péritonite simple ou par perforation, à l'inflammation des divers organes abdominaux, aux étranglements, à l'invagination intestinale, aux phlegmons de la fosse iliaque, aux calculs biliaires ou rénaux qui s'engagent dans les conduits biliaires ou dans l'uretère. La douleur spontanée seule n'a donc rien de caractéristique considérée isolément, et il en est de même de la douleur provoquée par des actes fonctionnels ou par des moyens d'exploration (*Voy. DOULEUR*). Ce n'est, en effet, que par le rapprochement de la douleur, comme signe, des autres particularités de la maladie, que l'on arrive à en préciser la vraie signification.

Les *symptômes fonctionnels* qu'on observe du côté de l'abdomen sont, rela-

tivement à ceux des organes des autres cavités, les plus nombreux, et, par conséquent, les plus difficiles à bien préciser dans leur origine organique. Les principaux de ces symptômes, les troubles digestifs, qui sont si fréquents, peuvent dépendre d'une lésion des organes de la digestion elle-même, mais très-souvent aussi de maladies d'organes plus ou moins éloignés, soit du ventre, soit des autres parties du corps, ou enfin d'une maladie générale. Cette signification si étendue, qui existe pour la plupart des symptômes abdominaux, est une des causes principales de la difficulté du diagnostic des maladies dont ils sont l'expression. En dehors des symptômes fonctionnels qui se rapportent à la digestion, il n'y en a, en réalité, qu'un petit nombre qui puisse éclairer le médecin, car les fonctions des reins, du foie, du pancréas et des autres organes s'exercent d'une manière plus latente que les fonctions digestives, et ce n'est guère, en dehors des troubles fonctionnels de la vessie, que par l'examen des produits de leurs sécrétions évacués au dehors que l'on peut s'éclairer sur ce point.

C'est ce qui donne précisément une grande importance diagnostique à l'étude des *matières excrétées* : celles des vomissements, les matières fécales ou de toute autre nature rendues par l'anus et les urines (*Voy. EXCRÉTIONS*).

2° Les *moyens d'exploration* de l'abdomen sont nombreux.

D'abord l'*inspection* fait constater les colorations anormales de la peau, les taches, les macules, les éruptions, les abcès dont elle peut être le siège, les arborisations veineuses qui s'y dessinent (*Voy. VEINEUX [Appareil]*), les mouvements respiratoires dus aux contractions du diaphragme, et enfin la conformation générale de l'abdomen. Le développement du ventre est général ou partiel. Il est uniformément développé dans les cas de météorisme généralisé, d'ascite avec épanchement abondant, ou de tumeurs ayant envahi toute la hauteur de la cavité abdominale. Cet accroissement général du volume du ventre est assez souvent le premier signe de la péritonite chronique (Louis); mais il ne faut pas oublier qu'il peut simplement résulter, chez les rachitiques, de l'affaissement de la colonne vertébrale ou de la courbure exagérée des vertèbres lombaires en avant. L'ampliation abdominale est, d'autres fois, seulement partielle, et sa constatation est alors une source de nouveaux signes : le météorisme localisé a servi à distinguer le siège anatomique de certaines invaginations, et, en permettant aux anses intestinales de se dessiner en relief, il est un bon élément diagnostique de la péritonite chronique après la diminution du météorisme général. Les hernies de la ligne blanche, les kystes de l'ovaire, l'utérus développé, le foie, la rate, le rein augmentés de volume, et les tumeurs diverses de l'abdomen, peuvent soulever partiellement les parois de cette cavité dans une étendue plus ou moins restreinte, et faire ainsi soupçonner à la vue le siège anatomique de la lésion.

La *palpation* s'exerce de différentes manières au niveau de l'abdomen, et les signes qu'elle fournit sont d'autant plus accentués que les parois abdominales sont plus relâchées, soit par une position convenable, soit par toute autre cause (*Voy. PALPATION*). Le simple contact ou effleurement des téguments suffit pour y faire découvrir les rugosités d'une éruption d'abord invisible (sudamina), ou une hyperesthésie très-prononcée (dermalgie). La pression isolée d'un doigt à droite ou à gauche de la ligne blanche y découvre des foyers de douleur névralgique, comme le glissement de la peau sur les muscles sous-jacents révèle quelquefois la sensibilité extrême de ces muscles (myalgie saturnine). L'application de la main à plat, ou palpation proprement dite, sert plus particulièrement à reconnaître la sensibilité, le volume, la consistance, la forme des organes contenus dans la cavité abdominale. Elle permet de percevoir la fluctuation, la sensation de frottement des surfaces péritonéales devenues rugueuses ou la collision des

calculs biliaires au niveau de la vésicule. Enfin la palpation, ou plutôt la pression, en faisant passer momentanément une collection de liquide d'une cavité dans une autre, a pu éclairer le diagnostic dans des cas d'hydropisie de la vésicule biliaire, par exemple, avec liberté des conduits biliaires, ou dans certains faits d'abcès profonds s'étant fait jour sous la peau de l'abdomen, ou enfin d'abcès par congestion divisés par un étranglement incomplet.

La *percussion* de l'abdomen, souvent employée, est une méthode exploratrice indispensable pour préciser la position et le volume des organes parenchymateux ou celui des tumeurs volumineuses contenues dans le ventre, en constater la densité et jusqu'à un certain point l'élasticité, sans que la percussion puisse toutefois permettre de distinguer toujours si la matité obtenue tient à un organe augmenté de volume ou à une tumeur accidentelle. La percussion permet encore de reconnaître la présence du liquide dans le péritoine, quand on fait déplacer la matité par les changements de position du malade, la présence des gaz dans l'estomac ou dans les intestins, celle des matières fécales accumulées, et fréquemment la distention anormale de la vessie par l'urine.

L'*auscultation* est employée au niveau de l'abdomen pour faire mieux percevoir les bruits artériels, pour constater le murmure noté par Sappey au niveau de la dilatation veineuse superficielle qu'il a signalée dans la cirrhose, et surtout pour constater la grosseur dans des cas, moins rares qu'on ne pense, où l'utérus, en état de gestation, a été pris pour le même organe développé par une tumeur accidentelle. On a de plus conseillé l'auscultation pour rechercher le bruit de frottement péritonéal dans des cas de péritonite chronique (*Voy. FROTTEMENT*), et des souffles au niveau de l'artère splénique dans l'hypertrophie de la rate (*Voy. SOUFFLES*).

Rappelons encore que l'on complète parfois l'exploration abdominale en employant les différents moyens usités pour constater l'état de la sensibilité cutanée, c'est-à-dire, outre le frôlement indiqué précédemment, le pincement, les piqures, la chaleur ou le froid (*Voy. ANESTHÉSIES*); en introduisant un *stylet* dans des plaies fistuleuses, en pratiquant au niveau de certaines tumeurs, que l'on suppose contenir des liquides, des *ponctions exploratrices* avec un trocart plus ou moins délié, ou enfin en pratiquant le *cathétérisme*, soit vésical, soit utérin, qui éclaire sur la nature de certaines tumeurs occupant la partie inférieure de l'abdomen.

3<sup>e</sup> Quant à la *distinction anatomique* des maladies des différents organes de l'abdomen, c'est un point de pratique extrêmement complexe, vu la multiplicité de ces organes et leur agglomération dans une cavité relativement limitée. On se base en pareil cas sur le siège de la douleur et des autres signes locaux qui, rapprochés des symptômes fonctionnels locaux et généraux et des signes indirects fournis par les excréments, constituent des ensembles de données diagnostiques plus ou moins distinctes, sur lesquelles je n'ai pas à insister dans ces généralités.

**ABSTINENCE.** — *Voy. INANITION.*

**ACARE.** — *Voy. PARASITES.*

**ACCÈS.** — On ne saurait trop insister sur la nécessité d'être toujours préoccupé, dans la pratique, de la forme intermittente des phénomènes pathologiques qui constituent des accès. Leur existence soulève en effet constamment une question pronostique si grave, celle des fièvres pernicieuses, que j'y reviendrai plusieurs fois dans le cours de cet ouvrage, et principalement à propos des fièvres ou accidents INTERMITTENTS.

**ACCOUCHÉE.** — Ce mot indique par lui-même le sens de cet article. Il a pour objet les suites ou les conséquences de l'accouchement qui peuvent être

diversement interprétées ou bien être attribuées à d'autres causes. Le point capital, en pareille circonstance, est la connaissance de l'accouchement comme fait antérieur. C'est en le prenant comme point de départ du diagnostic, en effet, que l'on peut arriver à bien juger les phénomènes observés. Or, deux cas peuvent se présenter : ou bien la femme, ayant intérêt à dissimuler le fait de l'accouchement, cherche à en détourner l'attention du médecin ; ou bien celui-ci est instruit d'une façon ou d'une autre de la parturition qui a eu lieu.

A. — Lorsqu'on sait que l'on a affaire à une femme nouvellement accouchée, ce qui est le cas le plus ordinaire, il est facile de s'expliquer les accidents variés qui s'observent assez fréquemment à la suite de l'accouchement. Les *tranchées utérines violentes*, qui peuvent dépendre de l'obstruction du col utérin par un caillot adhérent (que le toucher fait facilement reconnaître), et qui cessent après son extraction ; la *rétenction partielle du placenta* ; la *rétenction d'urine* ; toutes les *inflammations* qui peuvent atteindre l'utérus, ses annexes ou le péritoine ; la *phlébite utérine*, la *phlegmatia alba dolens*, l'*éclampsie* ; un *frisson violent* bientôt suivi des accidents généraux et locaux plus ou moins graves de la *fièvre puerpérale*, que l'on voit ordinairement survenir dans les deux premiers jours qui suivent la délivrance, et principalement chez les primipares : tels sont les accidents qui peuvent le plus ordinairement survenir dans les premiers jours. On voit plus rarement apparaître la *nephrorrhagie*, suite de contractions abdominales considérables, la *névrite* par contusion du plexus sciatique (au moment de l'accouchement), les *paralysies* sans lésions des centres nerveux, avec ou sans convulsion, décrites par Fletwood Churchill, et enfin la *mort subite*, dont il faut admettre la possibilité.

A une époque plus avancée, on peut rattacher à l'accouchement : certaines *inflammations chroniques* des organes du bas-ventre, si les symptômes observés datent de l'époque de la parturition ; des déviations utérines, et principalement la *rétroversion*, sans oublier que, chez certaines femmes, l'accouchement fait au contraire disparaître des déviations préexistantes ; l'incontinence d'urine par le vagin, qui fait immédiatement soupçonner l'existence d'une *fistule vésico-vaginale*, facile à reconnaître par l'examen des organes, et qui se trouve ordinairement expliquée par le séjour trop prolongé de la tête de l'enfant dans l'excavation du bassin, au moment de l'accouchement. Des accouchements répétés ont quelquefois aussi expliqué le *déplacement d'un rein*, reconnaissable à une tumeur molle et mobile dans le côté correspondant de l'abdomen ; enfin, suivant quelques observateurs, certaines maladies chroniques, comme le *carcinome utérin*, sont généralement accélérées dans leur marche après l'accouchement.

B. — Lorsque la femme refuse d'avouer qu'elle a été mère, et que l'on soupçonne un accouchement antérieur plus ou moins ancien, le simple examen des parois abdominales vient ordinairement lever tous les doutes. Ces parois sont le plus souvent relâchées, ridées et le siège de cicatrices, d'éraillures sous forme de lignes blanchâtres, résultant de l'ancienne extension forcée de la peau du ventre. Le col utérin présente aussi, au toucher et par l'examen au spéculum, des signes manifestes d'une parturition antérieure, qui consistent en échancrures plus ou moins profondes (*Voy. UTERUS*). Le vagin est mou, large, peu ridé.

Quoique l'étude des signes d'un accouchement plus récent soit le plus souvent du domaine de la médecine légale, il me paraît utile de les rappeler succinctement. Ce sont : l'écoulement lochial, sanguin, séreux, puriforme ou muqueux, suivant son ancienneté ; la tuméfaction et la contusion de la vulve ; une déchirure plus ou moins profonde de la fourchette ou du périnée ; le globe



étrin, douloureux à la pression, faisant saillie à l'hypogastre; le col de l'utérus volumineux et son orifice béant; et enfin la tuméfaction des mamelles, d'où l'on peut faire écouler du colostrum ou du lait, même lorsque la tuméfaction a disparu.

**ACÉTONÉMIE.** — Voy. INTOXICATIONS.

**ACÉPHALOCYSTES.** — Voy. HYDATIDES.

**ACHOLIE.** — Sous le nom d'*acholie*, Frérichs a décrit une affection dont les symptômes auraient la plus grande ressemblance avec ceux de certaines atrophies du foie (*ictère grave*); toutefois, dans l'*acholie*, l'*ictère* pourrait faire défaut. (*Traité des maladies du foie*, ch. v, 2<sup>e</sup> édit.).

**ACHORION.** — Voy. PARASITES (Végétaux).

**ACHROMIE.** — Voy. VITILIGO.

**ACIDITÉ, ALCALINITÉ.** — Les réactions acide ou alcaline que présentent les liquides de l'économie ne sont pas sensiblement modifiées par les maladies, comme l'a fait observer Andral (*Acad. des sc.*, 1848). Toutefois, les urines, au lieu d'être acides, sont alcalines au moment de leur émission dans la *néphrite chronique*, la *gravelle phosphatique*, la *myélite*. La salive est acide dans le *muguet* (peut-être après sa sécrétion), dans certains *glycosuries*, dans la *dyspepsie* dite acide; tandis que les matières vomies peuvent être alcalines ou ammoniacales dans la *maladie de Bright* avancée.

Le médecin utilise l'acidité ou l'alcalinité de certains réactifs comme moyens d'investigation diagnostique. C'est ainsi que l'*acide azotique* sert à précipiter l'*ALBUMINE* de l'urine ou d'autres liquides de l'économie; que l'*acide oxalique* fait précipiter les sels urinaires; que l'*ammoniaque*, en formant avec les globules pyoïdes une masse gélatineuse, décèle la présence du *PUS*, et que la *potasse caustique* est employée, soit comme réactif de la *GLYCOSE*, soit comme moyen de déceler la présence de l'*ammoniaque* dans la matière des vomissements (Voy. URÉMIE).

**ACNÉS.** — En comprenant sous la dénomination commune d'*acnés* la plupart des affections des follicules sébacés, on en a compliqué beaucoup le diagnostic. Pour l'exposer aussi simplement que possible, il faut avoir principalement en vue l'*acné vulgaire*, évidemment la plus commune, et en rapprocher les autres formes, quoique toutes ne soient pas pustuleuses comme elle. Lasegne (*Traité des angines*, 1868) a tout récemment donné une extension nouvelle aux *acnés* en admettant une angine *acnéique* dont il sera question à l'article *pharyngite*.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — L'*acné* simple présente à considérer : des petites *pustules* rouges, dures, acuminées, discrètes, occupant principalement le visage et le dos, et parfois mélangées de *tannes* ou de *follicules acuminés*, dont le pression fait sortir la matière sébacée; des *petites croûtes*, parfois à peine visibles, adhérentes au sommet des *pustules* et qui tombent sans laisser de cicatrices après elles; des *taches* d'un rouge violacé, plus ou moins persistantes, et succédant aux *pustules*. Ces différents éléments peuvent se trouver réunis chez le même individu.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques.* — Lorsque l'*acné* se présente avec ces signes locaux, occupant le front, le visage ou la partie supérieure du dos, et qu'elle se remarque chez des jeunes gens ou chez des jeunes filles, il n'est pas possible de la méconnaître, ni de la confondre avec une autre affection cutanée. Il en est de même de l'*acné rosacée* ou *couperose*. On rencontre cette dernière forme à l'*âge adulte*; elle a pour caractère local différentiel de l'*acné* simple l'occuper exclusivement la *partie centrale du visage*, ou le *nez* seulement, et

d'offrir des pustules implantées sur un *fond rouge* plus ou moins enflammé, parfois *variqueux*; cette rougeur, à certains moments, peut constituer presque le seul signe apparent de la maladie.

Parmi les autres formes d'acné, les variétés dites *indurée*, *ponctuée*, *hypertrophique*, *cornée*, ne diffèrent de la forme simple que par des caractères secondaires; mais il n'en est plus de même des acnés dites *sébacée* (Biett), *varioloforme* (Bazin), *atrophique* (Chausit). On reconnaît l'acné sébacée : soit à une *couche huileuse* de liquide sébacé enduisant la peau du visage ou une de ses parties, le cuir chevelu ou toute l'étendue du tégument; soit à une *couche squameuse* ou *croûte* lamelleuse molle, d'abord peu adhérente, qui n'est que le produit sébacé solidifié, et sous laquelle la peau, rouge, animée, comme huileuse, montre à la loupe les ouvertures des canaux folliculeux dilatés et parfois obstrués. Ces croûtes lamelleuses deviennent noirâtres si elles sont anciennes, ce qui entraîne à des erreurs singulières de diagnostic. — On a donné le nom d'acné *varioloforme* (Bazin), *molluscoïde* (Caillault), de *molluscum contagiosum* (Bateman), d'*élévures folliculeuses* (Rayer), d'*ecdermoptosis* (Huguier), à des petites *tumeurs contagieuses*, globuleuses, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, distendues ou ridées, sessiles ou pédiculées, sans changement de couleur à la peau, ou rouges, ou comme demi-transparentes, et présentant, comme caractère essentiel, un *point noir ou blanc*, toujours visible à la loupe, et d'où la pression fait sortir, sous forme vermiculaire, la *matière sébacée*, qui montre au microscope des globules graisseux, des cellules d'épithélium et presque constamment, suivant A. Hardy (*Leçons*), des tubes ramifiés et des spores de *cryptogame*. Cet observateur avait cru d'abord voir dans ces spores l'explication de la contagion, mais il a reconnu plus tard que ce cryptogame se retrouvait souvent au milieu du sebum extrait d'un follicule à l'état normal (*Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, I, p. 352). Les tumeurs de cette acné varioloforme sont isolées ou confluentes et se remarquent principalement au *front*, au visage et aux *parties génitales*, où leur ombilic empêche de les confondre avec des tubercules syphilitiques (Hardy). — Enfin l'acné *atrophique*, que Chausit a décrite, est une affection cutanée dont la plupart des signes se retrouvent dans le *lupus érythémateux* (*scrofulide*), et dont elle ne me paraît pas suffisamment se distinguer par l'état *gras* de la surface cutanée, par la présence des *pertuis infundibuliformes* des

follicules sébacés, par l'aspect piqueté, comme ponctué, des surfaces malades; car ces signes peuvent être une simple coïncidence (*Arch. de méd.*, t. XI, 1858).

Dans l'acné ponctuée, les petits points noirs analogues à des grains de poudre sont le sommet libre d'un amas de matière sébacée contenue dans le follicule, et dans laquelle le microscope rencontre quelquefois l'acare de Simon de Berlin (*demodex*), fig. 1<sup>re</sup>. On le trouve aussi dans les autres variétés d'acné qui si rapprochent le plus de l'état physiologique, selon Bazin.



Fig 1. — Demodex. — A, l'animal vu du ventre.  
— B, son vostre isolé. — C, son œuf.

Il résulte de ce qui précède que les acnés ont pour caractère commun la lésion des follicules, et pour caractères distinctifs les différences qui résultent de cette lésion elle-même, de l'état des orifices folliculeux, de l'excrétion de la

matière sébacée et de son aspect sous forme de liquide huileux ou de croûtes lamelleuses ou ponctuées. On peut tirer aussi parti pour le diagnostic de quelques données étiologiques : l'acné rosacée est assez souvent la conséquence d'*excès alcooliques*, d'une prédisposition *héréditaire*, ainsi que j'en ai constaté plusieurs exemples, et peut-être aussi de l'exposition habituelle du visage à des *foyers incandescents* ; Bielt a observé plusieurs fois l'acné sébacée à la suite de *couches*. Mais ce sont là des éléments secondaires de diagnostic auprès des signes locaux, les seuls caractéristiques. Les acnés sont des affections chroniques. On rencontre rarement des faits d'acné simple aiguë, avec fièvre initiale intense, comme j'en ai observé un cas à l'Hôtel-Dieu ; dans cette condition, comme dans toutes les autres, les caractères de l'éruption peuvent seuls permettre de reconnaître la maladie.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Le pronostic de l'acné varie suivant son espèce, suivant son ancienneté et aussi suivant la constitution de l'individu. L'acné rosacée est la plus rebelle et fait souvent le désespoir des personnes du sexe ; elle ne guérit que rarement. Les autres formes peuvent se guérir assez rapidement ou persister pendant un temps plus ou moins long ; mais jamais ce n'est une affection grave.

**ACOUMÈTRE.** — *Voy. OUIE.*

**ACRODYNIE.** — Cette maladie singulière, qui se montra épidémiquement à Paris de 1828 à 1832, et plus tard en Belgique (1846) et en Crimée (1854), a été observée à l'état sporadique dans ces dernières années. On l'avait à tort attribuée en 1828 et 1829 à l'ergotisme convulsif, comme cela a été prouvé par les recherches les plus récentes. Le Roy de Méricourt, constatant la ressemblance de la *trichinose* et de l'acrodynie dans le mode d'invasion, la marche, la durée et les terminaisons, pense qu'il y a identité entre les deux maladies (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1865, et *Gaz. hebdomadaire de méd.*).

Les phénomènes symptomatiques de l'acrodynie, qui est une affection apyrétique, se remarquent du côté de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'appareil locomoteur ou vers les organes digestifs. L'altération variable des *sensations tactiles* exagérées, diminuées ou abolies ; des *contractures*, des *crampes*, et l'*affaiblissement paralytique* des mouvements ; la *rougeur érythémateuse* des pieds et des mains, des *éruptions* papuleuses, pustuleuses, et quelquefois une éruption vésiculeuse ressemblant au zona, des furoncles, des phlyctènes, des taches ecchymotiques de couleur cuivrée, ou une *desquamation* plus ou moins répétée produisant un *amincissement* extrême de l'épiderme ; des *sueurs* aux extrémités avec *œdème* constaté dans les deux tiers des faits par Genest (1829), œdème le plus souvent partiel, mais quelquefois général ; de plus la *coloration* brune et même noirâtre de la peau dans diverses parties du corps, et notamment à l'abdomen, au cou, à la poitrine et au niveau des plis des articulations ; enfin une *conjonctivite* fréquente et des *troubles digestifs* assez ordinaires pour avoir été considérés comme fondamentaux : tel est l'ensemble des données symptomatiques du diagnostic. Si j'ajoute que l'évolution de ces phénomènes a été trop variable pour qu'on en pût tracer un tableau régulier, en raison de l'irrégularité de leur succession et de la prédominance de tel symptôme plutôt que de tel autre, on concevra combien il serait difficile, hors le cas d'une épidémie avérée, de ne pas méconnaître la maladie.

Chaque signe prédominant, en effet, peut être interprété dans la supposition d'une autre maladie. Les fourmillements, l'anesthésie ou l'hyperesthésie, et la paralysie musculaire incomplète des membres, pourraient faire croire à une *lésion de la moelle épinière* ; et, s'il s'y joignait accessoirement de la contracture ou des crampes, cette coïncidence ne serait pas faite pour éloigner cette idée. La prédo-

minance des contractions spasmodiques ferait penser à la *contracture idiopathique*; les éruptions érythémateuses avec desquamation des extrémités supérieures, à la *pellagre*; les phénomènes nerveux et paralytiques avec la diarrhée, à l'*ergotisme convulsif*, avec lequel l'acrodynie a beaucoup de ressemblance; l'anasarque, à une *maladie de Bright*; et enfin la *coloration noirâtre* de la peau du cou et des articulations, à une *maladie d'Addison* (?).

Je n'insiste pas davantage sur le diagnostic de l'acrodynie qui, en général, n'a pas de gravité.

**ADDISON** (Maladie d'). — Voy. BRONZÉE (Peau ou maladie).

**ADÉNIE**. — Voy. CACHEXIE (lymphatique).

**ADÉNITE, ADÉNOPATHIES**. — Les recherches histologiques et physiologiques modernes ont profondément modifié l'état de la science au sujet des ganglions lymphatiques. Toutefois, au point de vue du développement de ces ganglions que l'on a dénommé adénite, adénopathie, les idées nouvelles ne sauraient empêcher d'en faire l'étude diagnostique comme auparavant. Je renvoie au mot CACHEXIES l'étude de la maladie désignée par Trousseau sous la dénomination insuffisante d'adénie.

Appliquée aux affections que l'on constate au niveau des ganglions lymphatiques, l'expression d'*adénopathies* est préférable à celle d'*adénites*, qui exprime seulement les lésions inflammatoires. Caractérisées toujours par le développement des ganglions, les adénopathies sont des tumeurs aiguës ou chroniques que l'on peut seulement constater dans les régions où les ganglions lymphatiques sont ou deviennent accessibles à l'exploration : principalement à la tête, au cou, aux aisselles, aux régions inguino-crurales et, plus rarement, sur les autres parties du tronc ou sur les membres. Or, comme les ganglions, dans ces régions diverses, sont les aboutissants des lymphatiques de parties du corps bien déterminées, il est nécessaire d'avoir bien présentes à l'esprit ces connexions anatomiques, afin de pouvoir facilement, un ganglion étant donné, explorer les parties d'où partent ses lymphatiques d'origine, ou bien aller au contraire d'une région aux ganglions qui lui correspondent.

1° *Caractères*. — Les adénopathies, aiguës ou chroniques, constituent des engorgements plus ou moins volumineux d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques, qui sont indolents, ou le siège d'une douleur sensible, surtout à la pression, et qui forment des tumeurs dures, superficielles ou profondes, tantôt mobiles et isolées et tantôt en masses inégales, bosselées, offrant dans les deux cas des saillies arrondies sur lesquelles glisse ordinairement la peau, à moins que l'inflammation, devenue péri-glandulaire, n'en ait provoqué l'adhérence à la tumeur. Parfois il survient de la suppuration dans le tissu conjonctif péri-glandulaire, ou dans la glande lymphatique elle-même. On sait que les plaies qui succèdent à ces abcès sont très-lentes à se cicatriser.

Les adénopathies forment des tumeurs visibles à l'extérieur, et parfois même d'un excessif volume au niveau des aisselles ou des aines, où l'on a vu les ganglions hypertrophiés acquérir la grosseur de la tête d'un enfant, dans des conditions dont il sera question tout à l'heure. Le plus souvent le volume des ganglions est bien moindre, et, quelquefois même, il faut une certaine attention pour constater à la palpation des engorgements ganglionnaires multiples qui pourraient échapper à l'exploration en raison de leur petit volume. Il y a plus : ce n'est que par des accidents indirects que l'on peut quelquefois soupçonner l'existence des tumeurs ganglionnaires qui ne peuvent être directement explorées. C'est ce qui arrive lorsque des ganglions profonds, intriqués dans les nerfs qu'ils compriment en se développant, produisent des paralysies, comme celle de

la portion extra-crânienne du nerf facial dans la syphilis constitutionnelle. D'autres accidents plus communs, surtout chez les enfants, sont ceux que détermine le développement des ganglions bronchiques produit par l'affection tuberculeuse ou par toute autre cause (*Voy. BRONCHIQUES [Ganglions]*).

Les tumeurs ganglionnaires ont donné lieu à des erreurs de diagnostic contre lesquelles il faut être en garde. On a pris pour des *exostoses* de simples adénopathies sous-occipitales, à cause de leur position immédiate sur l'os. Une tumeur glandulaire de l'aîne, un peu élastique en raison d'un foyer purulent qui existait à son centre, et avec laquelle coïncidaient une constipation opiniâtre et des vomissements de matières stercorales dus sans doute à un engouement stercoral, fut prise pour une *hernie étranglée* (Macilwain, *Surgical observ.*, 1830).

2° *Conditions pathologiques.* — A l'exception des causes traumatiques agissant sur les ganglions eux-mêmes, comme le froissement du col d'uniforme chez les soldats (Larrey, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI), les lésions locales qui donnent lieu à la production des adénopathies sont, suivant Velpeau, à qui l'on doit d'avoir insisté sur l'importance des lésions locales comme causes d'adénite, les *angioleucites* et toute *inflammation* superficielle de la peau, toute *plaie* ou *excoriation*, toute *éruption locale*, et même les *luxations* et les *fractures*, dans la zone anatomique des lymphatiques qui aboutissent aux ganglions engorgés (*Arch. de méd.*, 1836, t. X).

Certaines maladies générales ou constitutionnelles déterminent des adénites ou des adénopathies qui tantôt dépendent de lésions localisées de ces maladies générales, comme des lésions cancéreuses, scrofuleuses, diphthéritiques, et qui tantôt sont sous la dépendance de la maladie générale elle-même. Parmi ces dernières, je dois citer : la *tuberculisatio*n (carreau, adénopathie tuberculeuse des ganglions bronchiques), la *syphilis constitutionnelle* (adénopathies syphilitiques indolentes des aînes, de l'aisselle, et surtout celles en chapelet à la partie postérieure et latérale du cou), le *cancer*, se généralisant dans les ganglions eux-mêmes (Bouillaud, *Arch. de méd.*, 1824 ; Broca, *Soc. anat.*, 1850), enfin la *cachexie*, appelée improprement leucocythémie lymphatique, donnant lieu à une hypertrophie spéciale parfois monstrueuse de la généralité des ganglions lymphatiques (*Voy. CACHEXIES*).

3° *Signification.* — Les adénites ou les adénopathies sont assez souvent de données séméiologiques qui servent de point de départ au diagnostic, lorsqu'on les constate de prime abord, à la simple vue ou à la palpation. D'autres fois, elles sont recherchées comme données complémentaires du diagnostic déjà établi ou encore incertain ; c'est ce qui arrive, par exemple, s'il existe une des lésions extérieures qui peuvent donner lieu à l'adénite, s'il existe une angioleucite, si l'on constate une manifestation scrofuleuse d'une autre espèce que l'engorgement ganglionnaire, si enfin on soupçonne l'existence d'une syphilis constitutionnelle.

Quelle que soit la voie par laquelle on est arrivé à constater l'adénopathie, le point capital est de remonter à son origine, c'est-à-dire d'établir si elle a pour point de départ une lésion simplement locale ou l'une des affections générales précédemment rappelées. Velpeau a fait observer que l'origine locale de l'adénopathie n'était pas toujours facile à déterminer ; il arrive, en effet, que la tuméfaction ganglionnaire persiste après la disparition de la lésion qui en a été l'origine. Si l'on songe alors à remonter aux commémoratifs, on arrive le plus souvent à déterminer cette cause, à moins que la lésion ait été trop légère pour attirer l'attention ou qu'un long, un très-long intervalle se soit écoulé entre le

début et le moment de l'observation. Lorsque le dérangement morbide existe encore, son siège dans l'épaisseur ou la profondeur des tissus ou son peu d'importance empêchent aussi quelquefois de le trouver. Il ne faut pas oublier non plus que l'on a admis des adénites idiopathiques, comme celles de l'aîne dues à une marche forcée, et celles du cou signalées par H. Larrey. C'est principalement au niveau de l'aîne que les adénites locales ont parfois une origine obscure, et qu'il est important de décider si l'on a ou non affaire à un BUBON.

On voit que la détermination de l'origine réelle des adénopathies peut présenter des difficultés. Or, en pareil cas, la généralisation ou la localisation des engorgements ganglionnaires dans des régions accessibles à nos moyens d'exploration est une condition qui peut avoir son utilité, comme cela ressort de l'exposé des conditions pathologiques des adénopathies.

Une distinction bien nécessaire à établir entre les lésions cutanées qui peuvent ou non produire des adénites est celle qui concerne les *syphilides* et les *affections cutanées vulgaires*. Ricord professe que les syphilides ne donnent jamais lieu à des adénopathies comme les maladies cutanées vulgaires, ce qui serait un caractère différentiel très-utile dans beaucoup de circonstances. Salneuve, qui a traité ce sujet avec soin dans sa thèse (1852), rappelle que l'eczéma, la gale, l'impétigo, le prurigo et le lichen aigu donnent lieu le plus souvent à la production d'adénites, et que l'on peut utiliser cette donnée en l'appliquant au diagnostic. Pour lui, un eczéma des parties génitales, qui a ordinairement une teinte brune, cuivrée, qui le fait prendre pour une syphilide, devra être considéré comme vulgaire si les ganglions de l'aîne sont engorgés, et comme une syphilide s'ils ne le sont pas. Lorsqu'il existe en même temps une éruption cutanée de nature douteuse et une véritable syphilide, l'état différent des ganglions correspondants, ici sans altération et là manifestement engorgés, servirait, suivant le même observateur, à déterminer la nature différente des deux éruptions. Cependant, pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que le principe distinctif fût absolu de part et d'autre; que les éruptions vulgaires fussent dans tous les cas accompagnées d'adénopathies, et que les syphilides ne le fussent jamais, ce qui ne me paraît pas suffisamment établi, du moins en ce qui concerne les éruptions vulgaires.

**ADHÉRENCES.** — L'étude diagnostique des adhérences des séreuses présente assez d'intérêt pour motiver cet article. Elles méritent, en effet, une attention particulière, soit en raison des *modifications qu'elles apportent dans les symptômes actuels* de la maladie qui en est l'origine, soit pour les *phénomènes consécutifs* qu'elles peuvent occasionner.

A. — La formation des adhérences se rattache intimement à l'inflammation des membranes séreuses dont elles sont toujours la conséquence. Les surfaces opposées de la séreuse se recouvrent de deux pseudo-membranes vascularisées qui s'unissent entre elles par leur tissu lamineux et par les anastomoses de leurs vaisseaux. Tantôt on peut prévoir leur formation au bruit de **FROTTEMENT** que fait percevoir l'auscultation, et tantôt elles s'organisent d'une manière latente au niveau d'une lésion locale, par suite d'une inflammation adhésive que l'on ne saurait que soupçonner, et non constater pendant la vie.

Ces adhérences latentes impriment assez souvent une physionomie insolite à des maladies thoraciques ou abdominales. D'abord elles s'opposent à des perforations intra-séreuses toujours redoutables; ensuite elles permettent à des collections purulentes ou à des kystes d'aller s'ouvrir dans une voie naturelle, au-delà des séreuses contiguës. Dans ce dernier cas, la rupture elle-même devient un signe des adhérences, si la lésion qui est le point de départ de cet accident,



ordinairement heureux, a été d'abord diagnostiquée (*Voy. ABCÈS, COMMUNICATIONS MORBIDES*).

B. — Les effets consécutifs des adhérences séreuses doivent être examinés dans les plèvres, le péricarde ou le péritoine.

Dans la *plèvre*, en effet, les adhérences expliquent simplement comment, à la suite de la pleurésie, le poumon étant aplati et bridé, les parois thoraciques s'affaissent et se rétrécissent à leur niveau; mais elles ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel ni à aucun signe particulier, si ce n'est peut-être à la faiblesse, à l'auscultation, du murmure respiratoire que l'on constate du côté affecté anciennement de pleurésie, et que Louis est disposé à considérer comme un effet de l'adhérence. Les adhérences des sommets des poumons chez les tuberculeux favorisent la cicatrisation des perforations pulmonaires, comme je l'ai signalé, lorsque la fistule pneumo-pleurale s'est établie dans le voisinage. Elles agissent alors en maintenant rapprochées les parois opposées de la plèvre, que le pneumo-thorax tend à écarter.

Les adhérences générales du *péricarde*, à la suite de la péricardite, ont été considérées comme une cause d'hypertrophie du cœur (Andral, Hope, etc.), en raison des efforts de contraction que l'on a supposés être la conséquence de cette lésion anatomique. Mais Skoda et Rokitansky regardent la dilatation du cœur comme étant plutôt la conséquence que la cause de ces adhérences. De son côté, le docteur Kennedy, de Dublin, a publié des recherches intéressantes sur cette question (*Union méd.*, 1859, t. II). En mettant de côté les faits dans lesquels il y avait des lésions valvulaires, il a pu réunir quatre-vingt-dix cas d'adhérences partielles ou totales du péricarde avec lesquelles le cœur était sain dans trente-quatre cas, et malade dans cinquante-six. Ces derniers comprenaient cinquante et une hypertrophies, avec ou sans dilatation des cavités, et cinq atrophies. — En présence de ces résultats, la question est-elle jugée? Non assurément, car il est impossible de démontrer qu'il y a relation de cause à effet entre les adhérences et les lésions. Relativement aux signes de l'adhérence, Kennedy fait observer avec raison, avec le docteur Bellingham, qu'il est oiseux de vouloir trouver un signe diagnostique unique. Il rejette l'étendue des battements du cœur sur une large surface, signe à la valeur duquel il avait cru d'abord, ainsi que les signes indiqués par Hope et Saunders, qui font défaut dans un grand nombre de cas, et qui n'indiquent d'ailleurs pas, suivant lui, l'adhérence d'une manière absolue. Cette dernière remarque peut s'appliquer au signe proposé par le professeur Law, c'est-à-dire à la matité précordiale persistante, quelle que soit la position que prenne le sujet.

Quant au *péritoine*, il est fréquemment le siège d'adhérences limitées pouvant former des brides qui donnent lieu à des étranglements intestinaux (*Voy. OBSTRUCTIONS INTESTINALES*), ou bien qui fixent un organe dans une position vicieuse, soit une anse intestinale, ce qui gêne le cours des matières (Cossy), soit l'utérus, qui se trouve ainsi dévié d'une manière permanente et qu'il y a du danger à vouloir redresser violemment. Lorsque l'on soupçonne l'existence d'adhérences de cette espèce, il faut s'enquérir avec soin des antécédents. Presque toujours alors on apprend que l'abdomen et surtout le bas-ventre chez la femme, a été le siège d'une maladie inflammatoire plus ou moins grave, ce qui donne de grandes probabilités pour l'existence des adhérences que l'on soupçonne. D'après Bright, lorsque des adhérences se sont formées entre le péritoine et les viscères abdominaux, on éprouverait au toucher, en palpant le ventre, une sensation toute particulière, qui varie entre la crépitation produite par l'emphysème et la sensation que donne le froissement d'un cuir neuf entre

les doigts (Lasègue, *Arch. de méd.*, 1859). A-t-on constaté après Bright ce signe d'adhérences péritonéales? Je ne connais que Boinet qui, dans un Mémoire publié en 1860, sur le *diagnostic des tumeurs du ventre* (*Gaz. hebdom.*), ait parlé après l'auteur anglais de la sensation particulière « de crépitation et de frottement » que l'on éprouve en palpant les téguments au niveau d'adhérences existant entre la tumeur et le péritoine pariétal. Il a en outre émis l'opinion que l'on pouvait, jusqu'à un certain point, reconnaître l'existence de ces adhérences en faisant aller et venir, par un mouvement de glissement, les parois de l'abdomen sur les parties antérieures et latérales des tumeurs, ou en soulevant ces parois si elles sont relâchées.

Quoi qu'il en soit de ces adhérences limitées du péritoine, il ne faut pas perdre de vue qu'elles peuvent être plus étendues et agglomérer un paquet d'anses intestinales; il en résulte alors une masse intra-abdominale qui simule une tumeur par sa malité et sa résistance circonscrite. Becquerel a communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1855) un fait dans lequel des adhérences de cette espèce simulaient une hypertrophie de la rate. Lorsque l'erreur n'est pas inévitable, et que le caractère des tumeurs de cette espèce est douteux, un interrogatoire rigoureux sur les antécédents pourrait peut-être faire arriver à des probabilités diagnostiques.

**ADIPEUX** (Éléments). — Voy. STÉATOSE et TRANSFORMATION GRAISSEUSE.

**ADYNAMIE**. — Ce mot, compris d'abord dans un sens très-étendu, l'a été de nos jours dans un sens beaucoup plus restreint. On doit, avec Vogel, considérer l'adynamie comme un terme générique applicable à la diminution ou à l'abolition complète de l'énergie des mouvements volontaires et des sensations, et à l'affaiblissement des fonctions en général. L'asthénie et la prostration ne sont que de l'adynamie, de même que le collapsus, qui est seulement remarquable par la rapidité de son invasion. Chercher à établir des caractères distinctifs tranchés entre ces différentes dénominations, au lieu de les comprendre dans l'adynamie, serait se livrer à des considérations subtiles sans aucune utilité réelle.

C'est pour ne pas avoir compris l'adynamie comme synonyme de prostration *symptomatique* plus ou moins considérable, que plusieurs auteurs ont groupé, comme caractères de l'adynamie, certaines particularités qui doivent être distraites de sa description, puisqu'elles se rapportent plutôt aux affections dans lesquelles on les observe. La *faiblesse* plus ou moins considérable du malade, avec incapacité de se mouvoir ou de se tenir sur son séant sans qu'il y ait paralysie, son *indifférence* sur son état, un *pouls faible*, avec ou sans fréquence, suffisent pour caractériser l'adynamie. En y joignant la *stupeur*, les *fuliginosités* des dents, un *délire* tranquille, on décrit l'état pathologique que l'on a compris sous la dénomination d'état TYPHOÏDE. C'est cet état pathologique qui a été si longtemps confondu avec la fièvre typhoïde, dans laquelle il se rencontre plus fréquemment que dans aucune autre maladie, mais qui n'est pas, sous le nom mal compris de *typhus*, une maladie particulière, comme on l'a répété de nos jours.

On est assez généralement disposé à accepter que l'adynamie tient à une contamination du sang, tout en ignorant en quoi elle consiste. Ce qui est acquis à la science et à la pratique, c'est que l'adynamie, constituant ou non l'état typhoïde dont il a été question, se rencontre dans une foule d'affections : l'affection typhoïde, le typhus et toutes les maladies par empoisonnement miasmatique, ingestion de substances toxiques, inoculation de venins ou de matières styptiques; dans les affections gangréneuses, dans la phlébite, cer-



*taïnes pneumonies, hépatites, dysenteries*; dans les fièvres éruptives graves, et principalement dans les *varioles confluentes* (période de suppuration); en un mot dans toutes les maladies ou fièvres graves.

Il résulte de là que l'on peut conclure à un état général grave quelconque de l'économie, lorsque l'on constate l'existence de l'adynamie. Quelle est la nature de cet état grave? C'est ce que la recherche de l'ensemble des données diagnostiques, qui conduit à la connaissance de la maladie qui en est l'origine, met à même de décider, autant du moins que le permettent nos moyens d'investigation.

**AÉRIENNES** (Voies et cavités). — Voy. RESPIRATOIRES (Voies).

**AFFAIBLISSEMENT, AFFAISSEMENT.** — Voy. FORCES.

**AGES.** — Les modifications anatomiques et physiologiques qui surviennent dans les deux sexes, par suite de l'âge, ont une influence notable sur la production exclusive ou prédominante de certaines maladies, aux différentes périodes de la vie humaine. Il résulte aussi de ces modifications anatomo-physiologiques des différences plus ou moins notables dans les particularités des maladies communes à toutes les périodes. Ces deux points de la question de l'influence de l'âge sur les maladies, à savoir : les maladies propres à certains âges et les modifications des manifestations seméiologiques propres à chacun d'eux, constituent les données qui sont le plus utiles à examiner. Ce sont les seules que je rappellerai dans cet article, où je n'adopterai pas la division complexe des âges en enfance, adolescence, jeunesse, virilité, âge de retour et caducité, mais simplement la distinction en enfance, âge adulte et vieillesse : distinction qui suffira parfaitement aux considérations diagnostiques que je vais exposer, et desquelles j'écarterai avec soin toutes les opinions vagues et les assertions sans preuves, dont on a tant abusé à propos des âges.

**A. MALADIES EXCLUSIVES OU PRÉPONDÉRANTES AUX DIFFÉRENTS AGES.** — L'âge adulte est, avec raison, considéré comme un type intermédiaire auquel se rapportent principalement les descriptions générales des maladies dans les traités généraux de pathologie. Il en est de même dans la plupart des articles de cet ouvrage. Il me suffira donc ici de comparer ce qui a rapport à l'enfance et à la vieillesse, en faisant seulement remarquer, relativement à l'âge adulte, que, chez l'homme et la femme, c'est la période de la vie où les organes de la génération ont leur plus grande ou presque leur seule activité, que les maladies de ces organes sont le plus fréquentes.

D'après Barthez et Rilliet, qui ont traité la question dans leur *Traité des maladies des enfants*, plus l'enfant est jeune, plus fréquentes sont les affections qui résultent d'une organisation faible et incomplète. L'enfant naissant peut présenter d'abord des traces de maladies guéries pendant la vie intra-utérine. Ce sont des *monstruosités* ou des *vices de conformation* résultant, soit de la suspension ou de la diminution d'accroissement d'un organe resté au degré d'organisation dans lequel la maladie l'a surpris, soit de la déviation du travail d'accroissement, soit enfin d'une perte de substance qui a été suivie d'un travail réparateur analogue à celui de la cicatrisation. Au lieu de ces difformités consécutives, parfois l'enfant est encore affecté de maladies développées pendant la vie intra-utérine, et qui n'ont pas parcouru toutes leurs périodes à la naissance. Ce sont : 1° des *inflammations* diverses : pneumonie, pleurésie, entérite, péritonite; 2° des *hydropisies* : hydrocéphale, hydrothorax, ascite, anasarque; 3° des *hémorrhagies*; 4° des *convulsions*; 5° des *fièvres continues* et notamment la variole et la rougeole; 6° la *fièvre intermittente*; 7° des *maladies organiques*, telles que les tubercules et le rachitisme; 8° les *entozoaires*;

9° diverses formes de la *syphilis* ; 10° enfin des *maladies chirurgicales* : contusions, plaies, fractures, luxations, hernies et même amputations spontanées » (*Loc. cit.*, t. I). Il est probable que cette énumération est uniquement basée, pour plusieurs de ces affections, sur les constatations anatomiques, ce qui réduit le nombre des maladies qui se révèlent par des symptômes particuliers.

Sans m'arrêter aux affections qui résultent immédiatement de certaines conditions de l'accouchement lui-même, parmi lesquelles je mentionnerai le *céphalématome* et surtout la *paralysie faciale* qui résulte de l'application du forceps et de la compression du nerf facial (Landouzy), je rappellerai comme maladies se développant peu après la naissance : « l'établissement incomplet de la respiration (*atélectasie*), les *hémorrhagies*, l'*érésipèle ombilical*, la *péritonite*, l'*entérite*, l'*ictère*, le *sclérème*, la *gangrène* des extrémités, les *coliques* ou tranchées, le *muguet*, le *coryza*, l'*ophtalmie purulente*, la *syphilis*, l'*hypertrophie du thymus*. En outre, le *spasme de la glotte*, les *convulsions toniques* ou cloniques et les *catarrhes* ne sont pas rares à cet âge et lui sont communs avec la période suivante, c'est-à-dire avec le temps de la première dentition. »

Tout en faisant remarquer l'exagération de l'opinion du vulgaire, qui attribue à la première dentition la plupart des maladies du jeune âge, Barthez et Rilliet considèrent cette période comme féconde en actes morbides qui, sans dépendre de la *dentition*, s'y rattachent cependant. Le sevrage leur paraît avoir plus d'influence sous ce rapport que la dentition elle-même. Les maladies de l'appareil digestif, les aphthes, la stomatite, la diarrhée, les entérites aiguës et chroniques, les invaginations, sont très-fréquentes. Les gourmes, les affections convulsives diverses, la méningite simple, les catarrhes laryngés, trachéaux, bronchiques, et la broncho-pneumonie se présentent fréquemment aussi. La rachitisme n'est pas rare, et la tuberculisation commence à paraître, sans avoir la fréquence qu'elle atteint dans les âges suivants.

Les affections presque spéciales aux enfants âgés de *deux à six ans* sont : « la stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine couenneuse, la laryngite spasmodique (pseudo-croup), le croup, la coqueluche, les oreillons, la gangrène de la bouche, les vers intestinaux, le favus, l'impétigo du cuir chevelu, la tuberculisation, les fièvres éruptives et les maladies qui en dérivent. »

Outre la tuberculisation et les fièvres éruptives, on rencontre plus spécialement de *sept à quinze ans*, « la pneumonie lobaire, le rhumatisme, la pleurésie, la péricardite, les inflammations primitives du tube digestif, la méningite simple, la chorée et la fièvre typhoïde. » Cette dernière énumération n'a d'importance que par la comparaison de l'âge de sept à quinze ans avec les âges antérieurs car, si l'on excepte la *chorée* et peut-être les inflammations primitives du *tube digestif*, toutes les autres maladies sont principalement observées chez les adultes.

Une circonstance importante à noter chez les jeunes sujets, et qui ressort de relevés statistiques faits avec soin, c'est la fréquence plus grande que chez l'adulte de l'endocardite qui survient dans le cours du rhumatisme articulaire comme origine des affections du cœur (*Mém. de la Soc. d'obs.*, t. III).

Quoique la plupart des maladies qui se rencontrent chez les *vieillards* puissent se montrer chez les adultes, il en est un certain nombre qui, par leur fréquence beaucoup plus grande dans la vieillesse, méritent d'être signalées. On doit à Prus, sur ce sujet, un relevé important de onze cent cinquante-cinq observations recueillies par lui à Bicêtre, pendant trois années consécutives, et d'où il résulte que les *six dixièmes* des maladies ayant affecté les vieillards

âgés de soixante à quatre-vingt-dix ans, étaient par égale part, à peu de chose près : 1° des *maladies des centres nerveux* et de leurs enveloppes ; 2° des *maladies des organes respiratoires*. Dans près de deux dixièmes, les *organes digestifs* étaient atteints, et dans un autre dixième, les *organes de la circulation*. Le reste des sujets, un peu plus d'un dixième, présentait les maladies les plus diverses (*Mém. de l'Acad. de méd.*).

Durand-Fardel, dans son *Traité des maladies des vieillards* (1854), comprend, parmi les affections des centres nerveux, ou plutôt du cerveau et de ses enveloppes, la *congestion cérébrale*, l'*hémorrhagie*, le *ramollissement aigu ou chronique* du cerveau, l'*hémorrhagie des méninges* et la *méningite*. — Empis, dans un intéressant mémoire, a décrit sous la dénomination d'*affaiblissement musculaire progressif* des vieillards une maladie caractérisée par cet *affaiblissement*, réparti uniformément sur tous les muscles de la vie animale, s'accompagnant plus ou moins d'amaigrissement, d'une décoloration des tissus, d'une tendance aux vertiges et aux étourdissements, de gastralgie, de troubles dyspeptiques, d'oppression, d'étouffements et de battements de cœur (*Arch. de méd.*, 1862, t. XIX). — Les maladies des voies respiratoires, suivant le même auteur, sont la *pneumonie*, que l'on sait si commune comme maladie ultime chez les sujets avancés en âge, et les *affections catarrhales*, dans lesquelles il range la bronchite aiguë ou chronique, la bronchorrhée, l'emphysème, la dilatation des bronches et l'asthme. — Comme affections principales des organes digestifs des vieillards, il faut noter la *dyspepsie*, l'*embarras gastrique*, la *gastrite chronique* et l'*entérite*. Les maladies de l'*appareil biliaire*, annexe des organes digestifs, méritent aussi d'être mentionnées, malgré leur peu de fréquence, comme affections chroniques. — L'*appareil urinaire* est plus souvent atteint chez les vieillards qu'à tout autre âge de la vie ; et, quoique ces affections soient considérées plutôt comme étant du ressort de la chirurgie que de la médecine, et qu'elles aient par cela même été négligées par Prus, elles n'en méritent pas moins une mention spéciale : l'hypertrophie de la prostate, la stagnation de l'urine dans la vessie, la rétention d'urine, l'incontinence urinaire et le catarrhe vésical, ne sauraient être en effet oubliés. — Enfin, Durand-Fardel rappelle avec raison la *goutte*, le *rhumatisme goutteux* et certaines *affections de la peau*, telles que l'érysipèle chronique, le prurigo, le pemphigus, comme maladies de la vieillesse ; non pas qu'il soit prouvé que toutes sont plus fréquentes chez le vieillard que chez l'adulte, mais sans doute parce que les unes prennent avec l'âge tout leur développement, comme la goutte et le rhumatisme goutteux, et que les autres se développent dans des conditions spéciales à la vieillesse, auxquelles elles empruntent des caractères particuliers.

Je ne saurais entrer dans de plus grands détails relativement aux maladies de l'enfance et de la vieillesse, dont l'étude diagnostique se trouve d'ailleurs comprise dans autant d'articles à part. Je passe donc, pour terminer les généralités de cet article, à la seconde question que je me suis posée.

B. INFLUENCE DE L'ÂGE SUR LES MANIFESTATIONS SYMPTOMATIQUES. — Cette influence porte sur le caractère général des maladies et sur les symptômes ou signes en particulier.

Quant aux *symptômes généraux*, on a fait remarquer avec raison que de l'activité de la circulation et de la nutrition dans l'enfance résultaient l'acuité habituelle des maladies, l'intensité des réactions fébriles et la fréquence des phénomènes aigus dits sympathiques, et des manifestations pathologiques vers la périphérie. De l'insuffisance ou plutôt de la décadence graduelle de la nutrition chez le vieillard, chez lequel la circulation capillaire artérielle devient de plus en

plus languissante, résulte, au contraire, l'obtusion du mouvement fébrile, la concentration du travail pathologique vers les organes internes, l'adynamie, et le caractère chronique de la plupart des maladies.

L'influence de l'âge sur les *symptômes en particulier* n'est pas moins remarquable. On peut opposer encore ici l'exagération des caractères du symptôme local qui se constate pendant la première période de la vie, à l'atténuation de ces mêmes caractères pendant la vieillesse, où les maladies latentes sont relativement si fréquentes. — Je ne pourrais, sans redites inutiles, rappeler les différences que les âges extrêmes apportent à l'expression des symptômes, et principalement des signes physiques; ce sujet est traité à propos de chaque mode d'exploration, ou à propos des organes ou des signes considérés à part.

Parmi les auteurs qui ont traité cette question de l'influence des âges sur les maladies, il en est qui ont développé des considérations plus ou moins séduisantes, et émis des opinions plus ou moins ingénieuses, que je n'ai pas cru devoir rappeler; car en les voyant dénuées de toute preuve, on en est réduit à douter qu'elles soient vraies, et par conséquent à les négliger comme données pratiques.

**AGITATION.** — Les mouvements désordonnés, avec ou sans animation de la face, qui constituent l'agitation dans le cours des maladies, résultent d'un état de malaise douloureux, de nature variable, éprouvé par le malade, d'un état fébrile; ou bien l'agitation constitue l'une des manifestations du délire. Dans ces deux circonstances, l'agitation est un signe secondaire qui peut servir de point de départ au diagnostic, mais qui perd de son importance apparente aussitôt que l'on a recueilli les autres signes. Cependant l'agitation et l'animation des traits alternant avec de la faiblesse, de l'inquiétude, etc., ont une certaine valeur comme prodrome de la RAGE (*Voy. aussi ANXIÉTÉ*).

**AGONIE.** — L'altération des traits, la lividité des lèvres, la pâleur cadavéreuse du visage, parfois humecté d'une sueur froide; le refroidissement des extrémités; la faiblesse extrême des mouvements et de la voix; la carphologie; l'abolition progressive du sentiment et des facultés intellectuelles; parfois la fixité des yeux, l'immobilité des paupières et, si l'agonie se prolonge, la dessiccation de la partie de la cornée qui reste exposée à l'air; la sécheresse de la langue; la difficulté de la déglutition et la pénétration dans les voies aériennes, d'où ils ne peuvent être expulsés par la toux, des liquides introduits dans le pharynx; une respiration lente ou fréquente, inégale, suspicieuse, bruyante, tantôt sèche, et le plus ordinairement accompagnée d'un râle trachéal plus ou moins abondant, entendu à distance, et entrecoupé quelquefois d'expirations plaintives; un pouls inégal, intermittent, de moins en moins sensible, fuyant sous le doigt; parfois des déjections involontaires; et enfin, lorsque l'intelligence se conserve jusqu'au dernier soupir: tels sont les signes habituels de l'agonie. La durée de l'agonie est variable, de plusieurs heures à plusieurs jours, et de vingt-quatre heures en moyenne.

On ne conçoit guère l'agonie sans que la mort en soit la conséquence naturelle; et c'est ce qui a lieu le plus ordinairement. On ne peut nier toutefois que l'agonie, sans atteindre sa plus grande intensité, ne puisse s'arrêter dans certains cas, et que la guérison ne puisse survenir spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié. Seulement ce sont des faits très-exceptionnels.

**AIGÜES (Maladies).** — *Voy. MALADIES.*

**AINE, AISSELLE.** — J'ai peu de mots à dire de ces deux régions, qui présentent entre elles une certaine analogie. Elles sont l'une et l'autre le siège

de tumeurs ganglionnaires (ADÉNOPATHIES) et d'abcès. C'est dans le voisinage de la partie antérieure de l'aisselle, aussi bien qu'au-dessus de l'aîne, que se rencontrent plus particulièrement l'éruption et la desquamation scarlatineuses quand elles ne sont pas généralisées, et que l'on trouve le plus fréquemment aussi les sudamina qui surviennent au cours de la fièvre typhoïde. L'aîne présente des hernies et des bubons vénériens comme lésions qui lui sont particulières.

**AIR.** — Voy. GAZEUX (Fluides).

**ALALIE.** — Van Swieten a défini ce mot comme exprimant l'abolition du langage articulé. Comme l'a fait remarquer Jaccoud en traitant cette question au point de vue des idées anatomiques et physiologiques modernes, c'est par une regrettable confusion qu'on a considéré comme synonymes les mots aphasie, aphonie et alalie, ce dernier exprimant le fait général de l'abolition du langage articulé, avec ou sans conservation de l'intelligence. Ainsi envisagé, le mot alalie doit être conservé en clinique, comme exprimant un fait à interpréter par le praticien dans ses différents modes de manifestation. Nous croyons donc que Jaccoud a rendu service à la clinique médicale en appelant l'attention sur ce point (*De l'Alalie et de ses diverses formes*, Gaz. hebdomadaire, 1864). C'est en puisant dans son intéressant travail que je vais exposer ce qui concerne le symptôme alalie, en faisant remarquer que la production du langage articulé me paraît résulter, comme à la plupart des pathologistes, d'un travail intellectuel, nerveux et musculaire beaucoup plus complexe que celui auquel on a voulu le borner. Comme Cerise l'a dit avec raison, la pensée est la parole intérieure, comme la parole est la pensée extérieure.

1° *Caractères.* — Jaccoud fait remarquer avec raison, quoique peut-être un peu trop mathématiquement, que l'alalie ne saurait être bien comprise qu'à la condition d'être divisée en cinq espèces, correspondant aux cinq opérations physiologiques saisissables du langage articulé qui exprime la pensée. Ce sont : le souvenir des mots, l'excitation psychique volontaire au centre fonctionnel moteur, la coordination des mouvements partiels, la transmission de l'impulsion, motrice par les nerfs, et enfin la contraction normale des muscles. L'alalie peut donc se rattacher : 1° à la paralysie de la langue elle-même ; 2° au défaut de coordination dans le centre moteur ; 3° à l'interruption de la transmission volontaire (forme signalée par Lichtenstein sous le nom de *laloplégie*) ; 4° à l'oubli des mots qui expriment la pensée (*amnésie verbale*) ; 5° enfin à l'hébétude (mot de Jos. Frank).

Les trois premières formes ont pour caractère commun important, l'intégrité de l'intelligence et de la mémoire. Le malade pense et comprend, mais il ne peut exprimer sa pensée ni répondre par les mots ; il comprend ce qu'il lit sans pouvoir lire à haute voix. Quand il y a paralysie de la langue, il y a impossibilité de la mouvoir et d'émettre autre chose que des sons inarticulés. Dans le défaut de coordination, il en est de même, mais la myotilité de la langue est intacte. Lorsqu'il y a interruption de la transmission volontaire, il y a aussi conservation des mouvements de la langue, mais impossibilité d'exécuter l'acte volontaire de la parole, qui est complètement abolie, sauf pour quelques monosyllabes, qui sont bien prononcés. Dans l'alalie par amnésie verbale, il y a aussi conservation de l'intelligence, perte totale ou partielle de la mémoire des mots, conscience de l'infirmité, impossibilité de la lecture et de l'écriture, intégrité des mouvements de la langue. Enfin dans l'alalie par hébétude, il y a intégrité de la fonction du mécanisme moteur de la parole, mais paroles machinalement prononcées et sans liaison avec la pensée qui fait défaut, l'intelligence étant perdue.

**2° Conditions pathologiques.** — Je n'insiste pas sur la paralysie de la langue, qui est liée à la première forme d'alalie et qui dépend d'une lésion des nerfs périphériques ou du cerveau. — Le Dr Jaccoud s'est appuyé sur les remarquables travaux de Stilling et de Schroder van der Kolk, pour indiquer le siège anatomique de la condition pathologique de l'alalie qui est caractérisée par un défaut de coordination des mouvements exécutant la parole. Les lésions qui la produisent occuperaient la moelle allongée d'où proviennent les nerfs hypoglosses, les glosso-pharyngiens, les faciaux, les accessoires de Willis et les trijumeaux, tous annexés par l'intermédiaire des corps olivaires, nerfs qui président concurremment à l'accomplissement des mouvements. — La forme d'alalie par interruption de la transmission volontaire a pour origine une lésion des fibres nerveuses qui unissent la moelle allongée aux hémisphères cérébraux, en passant par les couches optiques et les corps striés; le plus souvent il y a ramollissement des corps striés et presque toujours du gauche. Lorsque les hémisphères sont atteints, c'est alors que l'on rencontre le siège remarquable de la lésion au niveau des circonvolutions frontales gauches (surtout la troisième, qui a été signalée par Broca). — Quant aux alalies par amnésie verbale ou par hébétude intellectuelle, je ne m'y arrête pas, en faisant remarquer que celle par amnésie peut être passagère et n'être en apparence liée à aucune lésion, tandis que la seconde dépend toujours d'une lésion plus ou moins grave de l'encéphale.

**3° Signification.** — D'après ce qui précède, il est évident que l'on a tort de continuer à confondre l'aphasie avec l'alalie, dont elle n'est qu'une expression particulière, se rapportant aux variétés intermédiaires que j'ai rappelées d'après Jaccoud, c'est-à-dire à la seconde forme, à la troisième et exceptionnellement, quoi qu'on ait dit, à la quatrième, l'amnésie verbale. L'exposé que j'ai fait de ces formes et de leurs conditions pathologiques suffit, il me semble, pour établir la signification de l'alalie. Je n'ai fait, il est vrai, qu'indiquer les parties affectées par les lésions au lieu des lésions mêmes. Ces lésions sont variables; mais pour le cerveau, c'est le ramollissement qui est le plus souvent observé. Aussi Lancereaux a-t-il été conduit à faire du trouble du langage articulé un signe positif du ramollissement cérébral, et qui le distinguerait de l'hémorrhagie. C'est ce qui explique aussi comment on a signalé les lésions des valvules cardiaques, rencontrées six fois sur neuf cas d'hémiplégie droite avec aphasie, comme ayant un certain rapport avec ces derniers phénomènes symptomatiques (Hughlings Jackson). Cette coïncidence s'explique par la relation des embolies cardiaques avec les lésions valvulaires (Kirkes) et par la production du ramollissement par la pénétration de ces embolies dans les artères cérébrales. On a remarqué justement que l'artère cérébrale moyenne se distribue dans la troisième circonvolution du lobe antérieur du cerveau. Ces particularités ne doivent pas être perdues de vue (*Voy. APHASIE*, et les articles qui se rapportent aux questions particulières soulevées dans celui-ci.)

**ALBINISME.** — La décoloration générale et congénitale de la peau qui est d'un blanc mat ou de lait, l'aspect soyeux et blanc des cheveux et des poils, la couleur rosée de l'iris, l'impressionnabilité extrême de la rétine à la lumière, constituent les caractères principaux de l'albinisme ou des sujets dits *albinos*. On ne peut dès lors les méconnaître. Ils ne présentent d'ailleurs aucune particularité qui intéresse le praticien, si ce n'est leur faiblesse générale ou même leur dégradation physique et intellectuelle. Le *VITILIGO* est une sorte d'albinisme partiel.

**ALBUMINE.** — L'étude de l'albumine, envisagée seulement au point de

vue de ses applications cliniques, est encore complexe; aussi, pour la révision de cet article, ai-je cru nécessaire d'avoir recours aux lumières du docteur Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, et si compétent en pareille matière.

Il suffit de rappeler que l'albumine entre pour 75 à 85 millièmes dans la composition du sang, pour faire comprendre l'importance de cet élément organique dans l'économie. L'albumine ne diffère de la fibrine que par le mode différent de coagulation de ces deux principes, cette coagulation ayant lieu spontanément et à froid pour la fibrine, et constituant la trame du caillot sanguin, tandis que la coagulation de l'albumine dissoute dans le sérum du sang n'a lieu que par l'action de différents réactifs et par la chaleur. C'est cette coagulation de l'albumine que l'on provoque et que l'on met à profit dans la pratique, pour reconnaître la présence de cet élément du sang dans des liquides où, dans son état de dissolution, il échapperait à l'attention. Cette recherche de l'albumine 1° dans l'urine, 2° dans d'autres liquides que l'urine, est l'objet de cet article.

A. CONSTATATION DE L'ALBUMINE DANS L'URINE. — On admet généralement que l'albumine est un produit pathologique lorsqu'on la rencontre dans l'urine, attendu qu'elle n'y existe pas dans l'état physiologique.

Rien à la rigueur dans l'aspect extérieur de l'urine, si ce n'est la présence du pus ou du sang, ne peut indiquer qu'elle contient de l'albumine; et c'est à la physique et principalement à la chimie que l'on doit avoir recours pour découvrir ce principe dans l'urine, où sa quantité, suivant Frérichs, varie de 2,5 à 15,0 pour 1,000. Mais la quantité d'albumine sèche descend bien au-dessous du chiffre 2,5, qui est déjà élevé dans les cas les plus ordinaires. Voici quels sont les moyens de constatation et de dosage de l'albumine dissoute, et les causes d'erreur qui peuvent se présenter.

1° Les moyens de constater l'albumine dissoute dans l'urine sont les réactifs qui la coagulent, et la polarimétrie. Mais ce dernier procédé, basé sur la propriété qu'ont les liquides albumineux de dévier la lumière polarisée à gauche, tandis que la glycose en dissolution la fait dévier à droite, nécessite l'emploi d'un appareil compliqué qui a été imaginé par Becquerel, et qui oblige à faire subir au liquide urinaire des préparations particulières qui ne sauraient être facilement employées dans la pratique (*Arch. de médecine*, 1850, t. XXII). Je ne vais donc m'occuper que des réactifs.

Toutes les fois que l'urine donne un précipité par la chaleur et par l'acide nitrique, sans en fournir par l'acide acétique, elle est albumineuse, et le précipité est de l'albumine, a dit avec raison Rayer. Les deux premiers réactifs, chaleur et acide nitrique, sont les seuls que l'on emploie le plus habituellement dans la pratique. — *Chauffée dans un tube de verre* à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, ou au-dessus de la flamme d'une bougie, l'urine albumineuse, qui se coagule à 70° et au-dessus, et que l'on chauffe ordinairement jusqu'à l'ébullition, se trouble d'abord et présente un nuage opalin, laiteux, qui se rétracte bientôt et se dépose en grumeaux plus ou moins abondants. — L'acide nitrique, versé dans l'urine albumineuse, y produit un précipité plus manifeste, sous forme d'un nuage distinct, disposé comme une sorte de disque qui se précipite le plus souvent. Ce nuage est opalin, grisâtre ou d'un beau blanc parfois rosé. Quelquefois l'acide nitrique fait prendre l'urine en masse, quand la quantité d'albumine est considérable. Une trop grande quantité d'acide azotique crisperait le précipité et le réduirait de volume, comme le fait une ébullition trop prolongée; il faut donc verser l'acide goutte à goutte dans le tube, jusqu'à ce que le précipité reste stationnaire.

De l'eau contenant moins d'un millième d'acide chlorhydrique ou azotique dissout ou gonfle les matières albuminoïdes; et, en ajoutant une nouvelle quantité d'acide à la liqueur, la matière albuminoïde se dépose.

Ceci explique comment on peut méconnaître l'existence d'une quantité notable d'albumine dans l'urine. Lorsqu'on ajoute à ce dernier liquide moins d'un millième d'acide azotique pur, ce qui peut arriver par exemple si on se sert d'un tube vidé dans lequel on a déjà traité de l'urine par quelques gouttes d'acide azotique, on n'obtient pas de coagulation de l'albumine par la chaleur, comme je l'ai fréquemment expérimenté. L'urine reste alors transparente, et le précipité se forme dès qu'on ajoute de l'acide en quantité suffisante.

Il peut arriver que des urines *non albumineuses*, traitées ou non soit par la chaleur, soit par l'acide azotique, présentent des précipités qui en imposent pour de l'albumine et qu'il faut savoir en distinguer.

D'abord, les urines peuvent être troubles au moment de l'émission, sans contenir pour cela de l'albumine (*Voy. URINES*). Elles peuvent aussi être *laiteuses* ou *chyleuses*, et ne doivent alors leur opacité, suivant la remarque de Rayer, qu'à la suspension d'une matière grasse; l'éther leur rend immédiatement leur transparence. Les faits de cette espèce sont faciles à reconnaître, l'urine étant trouble à première vue, et non par le fait de l'emploi de la chaleur ou de l'acide azotique.

Pour juger des précipités fournis par ces deux derniers moyens, il faut en examiner séparément les résultats et tenir compte de l'état *alcalin* ou *acide* de l'urine: c'est un point capital. — *Une urine alcaline traitée par la chaleur seule* donne parfois un précipité notable, sans qu'il y ait d'albumine; ce précipité est dû à la précipitation des *phosphates*. *Si l'urine est acide*, au contraire, la chaleur seule peut encore développer un précipité qui se compose de *carbonates*. Ces précipités de phosphates et de carbonates sont immédiatement dissous par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique employé en quantité suffisante pour donner à la liqueur une réaction nettement acide. La dissolution des carbonates se fait avec effervescence. — *Traitées par l'acide nitrique seul*, certaines urines fournissent un précipité d'*acide urique* ou d'*urate d'ammoniaque*, lorsque cet acide ou ce sel y existent abondamment. L'*urate d'ammoniaque* peut être, il est vrai, redissous dans un excès d'acide, mais l'acide urique ne se redissout pas à moins d'un grand excès de l'acide ajouté, et il reste déposé sur les parois du tube sous forme de grains rouges (Rayer).

Il résulte de ce qui précède que des précipités obtenus soit par la chaleur, soit par l'acide nitrique isolément, peuvent faire croire à l'existence d'un précipité albumineux qui n'existe pas. Or, si l'on emploie *concurrentement les deux moyens* de précipiter l'albumine: la chaleur dissipe le précipité d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque que l'acide seul pourrait produire, de même que l'acide nitrique s'oppose à la formation des précipités de phosphates ou de carbonates que la chaleur seule pourrait déterminer. Et comme l'un et l'autre coagulent en même temps l'albumine, c'est bien ce dernier corps qui seul forme alors le précipité. On ne doit donc pas, comme le font beaucoup de praticiens, se contenter de traiter la même urine dans deux tubes différents, par la chaleur dans l'un, par l'acide azotique dans l'autre, et encore moins n'employer que l'un ou l'autre moyen de réaction, comme l'a fait Martin Solon pour ses recherches sur l'albuminurie (1838). Il est indispensable d'avoir toujours recours aux deux moyens à la fois, et d'acidifier l'urine avec *quelques gouttes* d'acide azotique. Il faut éviter un excès d'acide, surtout à chaud, et il ne faut pas conti-



ner l'ébullition pendant longtemps, parce qu'alors l'acide finit par dissoudre l'acide xanthoprotéique qui s'était formé tout d'abord.

Mais toutes ces précautions ne suffisent pas encore, et il se commet fréquemment des erreurs quand il existe dans l'urine du mucus que l'on prend pour de l'albumine.

Aussi est-il nécessaire de filtrer d'abord l'urine après l'addition de quelques gouttes d'acide acétique, avant la recherche de l'albumine.

Vu au microscope, le précipité albumineux a une apparence lamelleuse, chagrinée, particulière, et il se distingue facilement des cristaux d'acide urique, fig 2, et de la poudre amorphe d'urate d'ammoniaque, fig 3, qui peuvent accompagner l'albumine (Voy. URINES).

L'emploi combiné de l'acide azotique et de la chaleur, qui ne peut donner lieu qu'à la précipitation de l'albumine, a pour suite un avantage que ne présentent pas d'autres réactifs, dont l'inconvénient est de précipiter l'albumine et d'autres matériaux de l'urine. Tels sont l'alcool, le sublimé

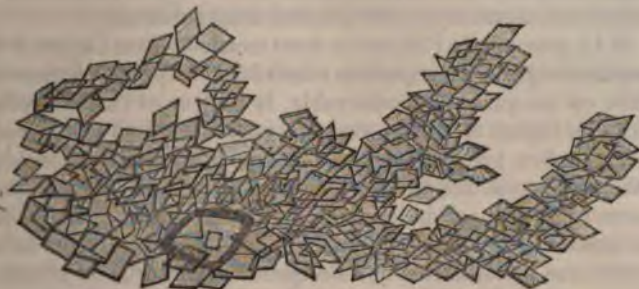


Fig. 2. — Acide urique, d'après Charles Robin (Chimie anatomique).

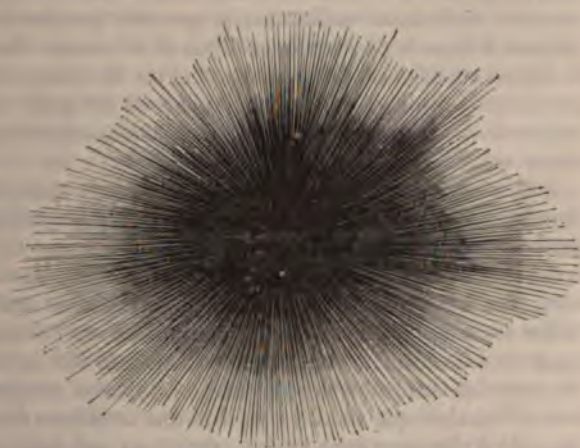


Fig. 3. — Urate d'ammoniaque, d'après Charles Robin (Chimie anatomique).

corrosif, l'alun, le tannin, la créosote, le sous-acétate de plomb ou l'acétate de plomb cristallisé, l'azotate d'argent. Tous ces réactifs sont infidèles; car lorsque l'on y a recours, le précipité obtenu ne peut être admis comme étant de l'albumine qu'après un examen microscopique, qui est rarement nécessaire lorsqu'on agit avec l'acide nitrique et la chaleur réunis. Quant à la valeur graduée ou relative des différents réactifs, on les a classés diversement, sans diminuer, en définitive, l'importance du rôle de l'acide azotique et de la chaleur combinés, comme réactifs de l'albumine. Toutefois, Becquerel et Vernois n'adoptent leur emploi qu'avec restriction. Ils conseillent d'avoir recours au tannin comme précipitant l'albumine mieux que l'acide et la chaleur, lorsque l'albumine, d'abord évidente par l'acide azotique et la chaleur, cesse de l'être, parce qu'elle a subi, suivant ces habiles observateurs, une modification isomé-

D'autres réactifs de l'albumine ont encore été proposés. Alfred Becquerel, après avoir fait des expériences avec Barreswill, a préconisé l'*acide pyrophosphorique* comme décelant les plus minimes quantités d'albumine (1/20,000); mais ce réactif doit être préparé extemporanément en chauffant l'acide phosphorique sec, parce qu'il revient, après une heure, à ce dernier état; ce réactif a donc l'inconvénient de multiplier les manipulations.

2° La présence de l'albumine étant constatée dans l'urine, il est nécessaire de se rendre compte de sa proportion relative. J'ai dit précédemment que, lorsque l'albumine est en quantité considérable, la chaleur et l'acide azotique semblent faire coaguler l'urine en masse, et que, lorsqu'elle est en médiocre quantité, la coagulation a lieu par petites parcelles qui s'accumulent bientôt dans le fond du tube. Mais cette différence n'est qu'un élément de comparaison grossier, qui ne permet pas de juger de la quantité d'albumine précipitée à différentes époques de la maladie qui s'accompagne d'albuminurie. C'est dans le but d'apprécier ces différences quantitatives que Becquerel a conseillé de prendre 1,000 grammes d'urine et d'en précipiter toute l'albumine, ou bien d'avoir recours à son polarimètre (dont il a été précédemment question, et qui aurait l'avantage de donner au dosage de l'albumine une grande précision, d'où le nom de l'*albuminimètre* qu'il a donné à cet instrument). Ces procédés ne sont pas assez simples pour être usuels. On évalue moins exactement, il est vrai, mais d'une manière réellement suffisante, la quantité proportionnelle de l'albumine, en traitant le liquide par l'acide azotique et la chaleur dans un *tube gradué*, où le niveau supérieur du précipité atteint par le repos une hauteur que l'on compare à celle du liquide. Pour rapprocher et comparer les résultats de plusieurs explorations, on se sert de tubes semblables, dans lesquels on verse toujours la même quantité d'urine à examiner.

3° Malheureusement cette comparaison des quantités variables d'albumine observées dans le cours des maladies qui s'accompagnent d'albuminurie, ne peut pas être considérée comme indiquant avec une certaine rigueur la marche croissante ou décroissante de cette albuminurie. Dans ces derniers temps, en effet, des causes accidentelles assez nombreuses ont été reconnues qui font varier sensiblement la quantité d'albumine dans l'urine, ou qui même l'y font apparaître alors qu'aucune maladie ne saurait être invoquée. Ce sont encore là de nouvelles difficultés de constatation à ajouter à celles précédemment rappelées. C'est ainsi que Gubler a signalé des variations diurnes très-sensibles de la quantité d'albumine dans l'urine, variations qui font que les urines du matin (dites *du sang*) peuvent ne pas contenir ou offrir peu d'albumine, tandis que celles rendues après les repas (dites *de digestion*) en contiennent manifestement plus que les précédentes, en même temps qu'elles sont plus colorées. Si ces faits se confirment, il est évident que certaines albuminuries, encore peu accusées, pourraient échapper au praticien s'il n'examinait que l'urine du matin, ce qui est d'ailleurs le plus ordinaire. Ces résultats concordent avec ce que l'on savait déjà de l'influence de certains aliments sur la production d'albuminuries passagères (Christison, Bence Jones). Il est hors de doute aujourd'hui qu'un régime animalisé, et en particulier les œufs, peuvent produire une albuminurie accidentelle et temporaire. Enfin on a pensé qu'une lésion vitale ou organique de la muqueuse digestive, qu'une digestion mal faite par conséquent, pouvait permettre l'introduction dans l'économie d'une albuminose non assimilable que rejette bientôt l'urine (Luton); mais cette manière de voir est hypothétique.

Il paraîtrait impossible, avec les variations diurnes que je viens de rappeler,

d'apprécier la quantité relative de l'albumine contenue dans la masse de l'urine des vingt-quatre heures, à moins de tenir compte de l'alimentation des malades, ou de leur faire suivre un régime végétal.

En définitive, pour éviter les erreurs auxquelles expose la constatation de l'albumine dans l'urine, le praticien doit avoir présents à la pensée les faits suivants :

- a. Les urines peuvent être troubles après leur émission sans contenir nécessairement de l'albumine ;
- b. L'urine alcaline, traitée par la chaleur seule, peut donner un précipité non albumineux (*phosphates*) ;
- c. L'urine acide, traitée par la chaleur seule, peut fournir un précipité de carbonates ;
- d. L'urine acide, traitée par l'acide azotique seul, donne parfois un précipité d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque ;
- e. Les urines de digestion (rendues après les repas) sont quelquefois les seules dans lesquelles on constate la présence de l'albumine pathologique ;
- f. Les aliments azotés, et notamment les œufs, peuvent produire par eux-mêmes une albuminurie passagère ou accidentelle.

B. CONSTATATION DE L'ALBUMINE DANS DES LIQUIDES AUTRES QUE L'URINE. — J'ai peu de choses à dire sur cette question très-limitée, car la recherche de l'albumine dans les liquides autres que l'urine est très-rarement utile au diagnostic. On a précipité l'albumine du sérum du sang dans certaines maladies, et par exemple dans la fièvre jaune, où il a donné un précipité *bleu verdâtre* (Dutroulau, *Maladies des Européens dans les pays chauds*) qui y dénote les principes colorants de la bile ; mais c'est un fait très-secondaire dans l'histoire de cette grave maladie. Je ne connais qu'une circonstance où il serait intéressant de savoir si un liquide fourni par l'organisme, et autre que l'urine, contient ou non de l'albumine. C'est lorsque l'on ignore l'origine d'une sérosité claire rendue par les voies naturelles, où l'on peut soupçonner que la rupture d'une collection séreuse se soit faite, ou bien d'un liquide fourni par la canule d'un *trocart* explorateur. La recherche de l'albumine dans ce liquide permet de décider si l'on a affaire à une simple collection séreuse ou bien à un kyste hydatique. Le liquide des collections séreuses, en effet, fournit toujours, lorsqu'il est traité par l'acide azotique et par la chaleur, un précipité très-abondant d'albumine, tandis que le liquide hydatique, traité de même, ne donne aucun précipité et conserve sa transparence. Ce caractère négatif a une grande valeur dans les cas où le liquide d'un kyste hydatique ne montre ni lambeaux membraneux, ni échinocoques, ni leurs crochets au microscope.

**ALBUMINURIE.** — Malgré les raisons données par les pathologistes qui pensent qu'on doit restreindre le sens du mot albuminurie, en l'appliquant à la maladie de Bright, je persiste à croire qu'il y a un avantage incontestable à traiter à part, au point de vue du diagnostic, de la présence de l'albumine dans l'urine, d'une manière générale. Envisagée en effet comme phénomène sémiologique, la constatation de l'albumine dans l'urine s'impose à l'attention du praticien, car tantôt elle est un point de départ précieux pour ses inductions diagnostiques, et tantôt un élément qui les complète ou les redresse.

1<sup>o</sup> *Caractères.* — La constatation de l'albumine dans l'urine est le caractère essentiel de l'albuminurie. J'ai suffisamment indiqué dans l'article précédent comment on devait s'y prendre pour arriver à cette constatation et pour éviter les chances d'erreur auxquelles on est exposé. Outre ce signe directement constaté de l'albuminurie, il en est de secondaires, les uns que l'on peut considérer comme les conséquences de la perte de l'albumine du sang par les urines,



les autres qui ne sont que les symptômes des maladies dans le cours desquelles se montre l'albuminurie, et dont il sera question plus loin. Quant à la perte de l'albumine par les urines, ses effets immédiats ont encore besoin d'être sérieusement étudiés, de même que les effets de la perte de l'albumine par toute autre voie (épanchement), ainsi que l'ont fait remarquer A. Becquerel et Vernois dans leur important Mémoire sur l'albuminurie et la maladie de Bright (*Monit. des hôpitaux*, 1856).

On attribue à la perte de l'albumine par les urines : 1° les *hydropisies sous-cutanées* (œdème, anasarque) ou des *séreuses*, en les expliquant par la diminution de l'albumine du sang ; 2° les *troubles nerveux* variés, tels que les convulsions éclamptiques, l'amaurose, les paralysies partielles même, que l'on a rattachées à des modifications encore mal déterminées du sang, et par exemple à un excès d'urée contenu dans ce liquide. Ces conséquences apparentes de l'albuminurie ne surviennent que lorsque la perte albumineuse est assez considérable ; or, comme c'est surtout dans la maladie de Bright que l'albuminurie est considérable ou persistante, je crois devoir lui rattacher ces différents phénomènes comme signes de complications (*Voy. BRIGHT*). L'albuminurie prolongée entraîne aussi la diminution des sels de l'urine, ce qui a fait proposer par Martin Solon de traiter les urines albumineuses par l'acide oxalique. Lorsque ce sel cesse de précipiter l'urine, on juge que la perte de l'albumine est déjà considérable ; tandis que, s'il fournit un précipité de plus en plus abondant, on doit penser que l'urine tend à redevenir normale.

2° *Conditions pathologiques*. — Pour bien comprendre les conditions dans lesquelles se montre l'albuminurie, il faudrait avoir d'abord une idée précise de la modification intime que subit l'acte de la sécrétion urinaire pour que le sérum du sang puisse transsuder en nature à travers certaines portions des reins. Plusieurs hypothèses ont été émises à cet égard. On a dit que la cause de l'albuminurie résidait : 1° dans une altération primitive du sang : diminution préalable de l'albumine du sérum, fluidification de l'albumine (Mialhe), ou altération inconnue ; 2° dans un simple trouble fonctionnel de sécrétion ; 3° dans l'absorption et l'élimination, par les reins, d'exsudations fibrineuses ou purulentes existant nécessairement dans d'autres parties de l'organisme que les reins (Finger, de Prague) ; 4° dans un trouble de sécrétion dépendant d'une altération matérielle des reins (hyperémie ou lésion plus profonde). Cette dernière hypothèse est celle qui a prévalu en Allemagne, où les micrographes prétendent avoir parfaitement constaté le mode d'action de l'hyperémie. Cette hyperémie est considérée comme constante, en dehors des lésions profondes incontestables, par Becquerel et Vernois. Ces deux observateurs distingués, en rapprochant leurs propres recherches microscopiques de celles faites en Angleterre et en Allemagne, ont été conduits à admettre que l'albuminurie est toujours le signe d'une altération des reins (maladie de Bright), sauf dans les cas où l'albumine de l'urine est due à la présence du pus ou du sang dans ce liquide. Cornil (*Soc. de Biol.*, et *Gaz. méd.*, 1864) admet aussi qu'il y a nécessairement au moins une lésion des cellules épithéliales des tubuli dans toute albuminurie, quelque légère qu'elle soit, et que la congestion rénale ne suffit pas seule pour produire l'albuminurie.

Jaccoud (*Nouv. Dict. de méd. prat.*, art. *Albuminurie*), en dehors de la *pseudo-albuminurie*, due à la présence du sang ou du pus sans trouble de la sécrétion rénale, admet que les vraies albuminuries sont dues : 1° à une modification dans les conditions mécaniques de la circulation rénale ; 2° à une altération du sang (division qu'il a restreinte depuis la publication de ses premières recherches) ;

3<sup>e</sup> à une altération du sang et à une lésion rénale en même temps; 4<sup>e</sup> à une lésion seulement rénale.

Gubler considère la super-albuminose sanguine absolue ou relative comme l'origine de toutes les albuminuries vraies (*Dict. encyclop. des sc. médic.*, t. II). Cette super-albuminose appellerait la modification inflammatoire des reins et déterminerait, par l'intermédiaire de ce changement organique, le passage de l'albumine dans la sécrétion urinaire (*ibid.*, p. 468).

Quoi qu'il en soit de ces opinions si divergentes, mais qui s'accordent toutes à admettre la lésion rénale dans une certaine mesure, le point capital du diagnostic de l'albuminurie, considérée en elle-même, est de décider si la présence de l'albumine dans l'urine annonce ou non une lésion des reins, c'est-à-dire une maladie de Bright.

Le diagnostic de cette maladie est basé sur des lésions microscopiques constatées dans l'urine albumineuse, lésions dont les tubuli des reins sont l'origine, et que je rappellerai tout à l'heure.

Malheureusement, de l'aveu même des micrographes, ces lésions, visibles à l'aide du microscope, ne sont pas appréciables dans tous les cas de maladie de Bright; et, de plus, on peut retrouver quelques éléments de ces lésions dans les urines normales, ce qui pourrait induire en erreur. Il est donc nécessaire avant tout de bien se rendre compte de la signification des éléments expulsés et fournis par les tubuli des reins.

J'ai dit que Cornil n'admettait pas que la simple congestion rénale puisse suffire pour expliquer la plus légère albuminurie. Pour lui, l'albuminurie passagère résulte de la tuméfaction trouble des cellules épithéliales remplies d'abord de granulations protéiques, puis de granulations graisseuses; et cet état du contenu des cellules s'observerait aussi dans l'albuminurie persistante ou parenchymateuse, qui est caractérisée soit par la transformation graisseuse complète des cellules, soit par cette dégénération graisseuse des vaisseaux du rein, soit par la dégénération dite amyloïde de ces vaisseaux, enfin par les cylindres épithéliaux et hyalins.

Selon Jaccoud, il y a des degrés importants à établir dans les éléments microscopiques expulsés dans l'urine albumineuse. Sans tenir compte des éléments des divers conduits que parcourt l'urine normale *fig. 4, 5, et 6*, on peut d'abord trouver, dans l'urine albumineuse, l'*épithélium rénal désagrégé*, ou réuni



Fig. 4.  
Epithélium du  
bassinnet et  
du rein.



Fig. 5.  
Epithélium de  
l'uretère.



Fig. 6.  
Mucus d'urine  
saine (Lionel-  
Beale).



Fig. 7. — Moules : quelques-uns pourvus d'épithélium. Deux sont d'une couleur très-foncée par la présence d'urate de soude (Beale).

en cylindres épithéliaux, *fig. 10*, ou même des cylindres colloïdes (fibreux ou protéiques) avec ou sans épithélium normal, *fig. 7*. Ce ne seraient pas là des signes d'albuminurie persistante ou de maladie brightique chronique, et la guérison pourrait être complète. Mais si l'on voit apparaître dans l'urine des

*cylindres granulo-gras*, on a un élément de transition entre le curable et la forme persistante. Enfin les *cylindres gras*, fig. 8, et les *cylindres hyalins*, fig. 9, ont une signification absolue : ils doivent faire affirmer, avec l'albuminurie persistante, le mal de Bright chronique.

Malgré la précision de ces distinctions importantes, qui paraissent applicables à la maladie de Bright aiguë et à sa forme chronique, qui semble être la seule légitime pour Jaccoud, ces lésions des tubuli ne sont pas la seule condition essentielle de l'albuminurie, même en dehors de la présence du pus ou du sang dans l'urine, puisque Claude Bernard a reconnu qu'en irritant les reins ou les nerfs des reins, l'albumine apparaissait dans

l'urine. Sans doute, on pourrait dire qu'il se produit en pareil cas une hyperémie rénale, mais on ne saurait admettre l'existence de cette hyperémie comme explication de l'albuminurie qui succède



Fig. 8. — Moules de tubes contenant des globules huileux (Lionel-Beale, pl. XVIII).



Fig. 9. — Moules contenant du sang (Lionel-Beale, pl. XVIII).



Fig. 10. — urinaire provenant d'une stase coagulable dans le rein subissant la dégénérescence à la maladie a, épithéliale, b, épithéliale normale, c, mélangée graisseuse et de cellules qui se détachent en grande quantité (Virchow).

à l'injection d'un liquide albumineux dans le sang (Cl. Bernard, *Leçons subst. toxiques*, 1857, p. 45), d'une simple injection d'eau également dans le sang (Magendie), de l'ingestion d'une grande quantité d'albumine dans le tube digestif (Cl. Bernard, A. Becquerel).

Pour compléter cet exposé des conditions pathologiques de l'albuminurie, il me reste à l'examiner à part : 1° qu'elle est due à la présence du pus ou du sang dans l'urine ; 2° dans la maladie de Bright ; 3° dans diverses affections aiguës ou chroniques ; 4° dans la grande albuminurie. — *Albuminurie due à la présence du pus ou du sang dans l'urine.* Le sérum du pus, comme celui du sang, avec lequel il a la plus grande analogie, contient une forte proportion d'albumine. Il n'est donc pas surprenant que lorsque l'urine contient l'un ou l'autre de ces produits organiques en grande quantité, elle soit albumineuse par le seul fait du mélange.

Il suffit pour reconnaître la présence du pus dans l'urine de la laisser se déposer, la partie solide du pus se précipitant au fond du vase, où elle forme une couche d'un blanc jaunâtre bien nette, et dont la substance, exposée à la combustion, brûle avec une flamme vive, prend une consistance gélatineuse à l'addition d'ammoniaque, et montre au microscope des globules purs en grande abondance. On est surtout autorisé, en cas pareil, à attribuer l'albuminurie au pus dissous dans l'urine, lorsqu'il existe une maladie du rein, une inflammation de la muqueuse des voies génito-urinaires, ou une rupture d'abcès qui s'y est fait jour.

Lorsque l'albuminurie dépend, non de la présence du pus, mais de la présence du sang dans l'urine, l'aspect seul de ce liquide y fait le plus souvent reconnaître la présence du sang : c'est lorsque l'urine a une coloration rouge ou b

résente par le repos des dépôts fibrineux qui laissent peu de doutes sur ce fait. L'abondance du précipité albumineux est en pareil cas un signe qui doit rapproché des précédents. Malheureusement la présence du sang n'est pas toujours aussi manifeste au premier abord. Lorsque l'urine est redevenue claire suite d'une perte de sang par les voies urinaires, ou lorsque le sang est en quantité trop minime dans l'urine pour y paraître à première vue, et que l'on n'ajoute l'albumine pour la première fois, on peut être induit en erreur si l'on examine pas l'urine au microscope. L'erreur est surtout inévitable si l'on ne se pas à la présence du sang, et si le malade se tait sur le fait de l'hémorrhagie récente, qui d'ailleurs peut être latente (*Voy. HÉMORRHAGIES* par l'urine). Mais le microscope lève tous les doutes en faisant découvrir, dans les urines inférieures de l'urine, des globules sanguins plus ou moins déformés, des irrécusables de la présence du sang.

Même si le sang étant constaté dans l'urine, il ne faut pas se hâter de conclure qu'ils sont, l'un ou l'autre, la seule cause de l'albuminurie; car il peut y avoir en même temps maladie de Bright, principalement dans la forme aiguë, et les urines sont fréquemment sanguinolentes. Mais il existe ordinairement un ensemble de caractères distinctifs de cette affection qui laissent peu de doutes sur son existence.

— *Albuminurie de la maladie de Bright.* — L'albuminurie avec la présence dans l'urine de gaines ou de cylindres provenant des canalicules des reins, dont j'ai parlé plus haut, constituent deux signes suffisants pour établir l'existence de la maladie de Bright aiguë ou chronique. Dans les cas d'albuminurie où l'élément épithélial microscopique des tubuli fait défaut dans l'urine, l'anasarque, jointe à la présence de l'albumine dans l'urine, est une autre circonstance non moins précieuse pour établir l'existence de la maladie de Bright, indépendamment des autres signes de l'affection.

Ainsi, que l'albuminurie aiguë ou chronique se montre avec l'anasarque, qui est le point de départ des recherches de Bright, ou avec les éléments microscopiques précités, la maladie de Bright paraît être certaine. On doit admettre son existence est très-probable, lorsque l'albuminurie est persistante ou chronique, même en l'absence des données précises de diagnostic que je viens d'appeler.

L'état aigu et en l'absence de ces mêmes données, doit-on envisager comme une expression de la maladie de Bright toutes les albuminuries de la latence, de même que toutes celles se compliquant de symptômes nerveux plus ou moins graves, et notamment d'éclampsie? Les opinions sont encore partagées.

— *Albuminurie dans diverses maladies aiguës ou chroniques.* — L'albuminurie peut se montrer dans les urines dans une foule d'affections. A. Becquerel, qui l'a recherchée sur 368 malades, a constaté une albuminurie passagère dans un cinquième des cas observés, et qui se rapportaient, pour les maladies aiguës : à des bronchites, des pneumonies, des pleurésies, des amygdalites, des dysenteries, et à d'autres phlegmasies encore, à des fièvres typhoïdes, des rougeoles, des varioles, des scarlatines, des diphthéries; pour les affections chroniques : aux maladies du cœur, à l'emphysème pulmonaire, à l'usage de plomb, à la phthisie pulmonaire, au cancer de l'estomac, à la chlorose. Finger (de Prague) a fait des recherches analogues sur 600 malades, et, dans le quart des faits, il a trouvé de l'albumine dans l'urine, en signalant sa fréquence dans la fièvre puerpérale, où elle serait de 65 pour 100. Je n'insisterai pas sur ce que l'albuminurie peut présenter de particulier dans

ces différents cas. Il me suffit de répéter que tantôt on lui reconnaîtra les caractères de celle qui est liée à la maladie de Bright, et tantôt ceux d'un simple épiphénomène.

d. — *Albuminurie dans la grossesse.* — Dans l'état de gestation, la femme est assez fréquemment atteinte d'une albuminurie que Jaccoud classe parmi celles qui dépendent de conditions mécaniques de la circulation rénale. Cette albuminurie a, comme caractères concomitants assez habituels, l'anasarque et l'éclampsie. Lorsque l'œdème siège dans des régions où il ne peut être l'effet de la pression de l'utérus sur les vaisseaux intra-pelviens, il arrive ordinairement que cet œdème, primitivement reconnu, donne l'idée d'examiner les urines, que l'on trouve albumineuses. Il en est de même de l'éclampsie, qui peut suggérer la même recherche, et qui toujours s'accompagnerait d'albuminurie, suivant quelques observateurs. Mais l'albumine peut se montrer dans l'urine sans qu'il y ait d'œdème, ce que Devilliers fils et J. Regnaud attribuent à l'apparition inopinée de l'albuminurie près du terme, l'accouchement s'effectuant avant que l'œdème se soit montré (*Arch. de méd.*, 1848, t. XVII.) Dans ces différentes circonstances, l'éclampsie est un accident à redouter dans tous les cas d'albuminuries chez les femmes grosses, car il a, chez elles, une fréquence qui donne à l'albuminurie un cachet tout particulier. Il n'est donc pas surprenant que l'on ait diversement interprété, dans cette condition, la présence de l'albumine dans l'urine. Cette albuminurie a été considérée comme dépendant d'une véritable maladie de Bright (Rayer, Cahen); comme produite par la compression exercée par l'utérus en gestation sur les artères, sur les veines émulgentes, ou sur les reins eux-mêmes (Rayer, Robinson, Lever); comme due à une simple congestion des reins (Rayer); ou seulement à une lésion fonctionnelle de ces organes, sans exclure la possibilité de la maladie de Bright dans certains cas (Depaul, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1851). Les observateurs qui admettent que la maladie de Bright n'existe pas dans tous les cas d'albuminurie arguent avec raison, pour exclure toute lésion rénale, de la rapidité avec laquelle l'albuminurie disparaît après l'accouchement, en deux ou trois jours, dix, douze jours, ou quinze jours au plus, comme l'a constaté une fois Bouchut (*Gaz. méd.*, 1846).

On a dit que l'albuminurie prédisposait à l'avortement; mais le fait n'est pas démontré, puisque Devilliers et Regnaud n'ont compté que 5 avortements sur 39 cas d'albuminurie. Ce sont plutôt les complications de l'albuminurie que l'albuminurie elle-même, qui, suivant les mêmes observateurs, auraient ce fâcheux résultat, puisque sur 12 cas d'éclampsie, six fois l'accouchement se fit avant son terme. Ils nient, en s'appuyant sur l'autorité de Paul Dubois, que les enfants nés de femmes albuminuriques naissent atteints d'œdème avec endurcissement du tissu cellulaire. Gubler pense que l'albuminurie peut au contraire être une conséquence de l'avortement (*Soc. méd. des hôpit.*, 1867).

3<sup>e</sup> *Signification.* — On peut résumer en peu de mots, d'après ce qui précède, la signification de l'albuminurie.

La présence de l'albumine dans l'urine est tantôt la conséquence de la présence du pus ou du sang dans le même liquide, tantôt la preuve d'une *maladie de Bright*, tantôt enfin le signe de conditions encore diversement interprétées de l'organisme.

L'albuminurie qui s'accompagne d'anasarque ou de la présence dans l'urine de véritables gaines épithéliales des canalicules des reins, ou de cylindres néomembraneux moulés dans ces canalicules, doit être considérée comme la conséquence d'une altération de ces organes plus ou moins profonde, suivant l'an-



cienneté de l'albuminurie, et par conséquent comme un signe de maladie de Bright aiguë ou chronique. — L'albuminurie sans concomitance d'œdème ou d'expulsion des cylindres des tubuli ne peut être attribuée avec certitude, *pendant la vie*, à la maladie de Bright, quoiqu'elle puisse en dépendre. Que cette albuminurie isolée survienne comme épiphénomène dans des maladies aiguës ou chroniques, ou qu'elle se montre isolée de tout autre accident pathologique, ce qui est d'ailleurs très-rare, on ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, émettre que des probabilités sur son origine, comme la probabilité de la congestion rénale dans les maladies aiguës fébriles.

La question de l'albuminurie est trop intimement liée à d'autres articles de cet ouvrage pour que je n'y renvoie pas le lecteur, principalement aux mots ALBUMINE, ANASARQUE, BRIGHT (Maladie de), ÉCLAMPSIE.

**ALCALINITÉ.** — Voy. ACIDITÉ.

**ALCOOLISME.** — Je n'ai pas à entrer ici, à propos de l'alcoolisme, dans des discussions théoriques auxquelles donne lieu la pénétration de l'alcool dans l'organisme. Je n'ai à envisager l'action de l'alcool qu'au point de vue restreint du diagnostic de ses effets pathologiques. Ces effets sont de trois sortes : l'ivresse, le delirium tremens, l'alcoolisme chronique, qui sont autant de degrés de l'intoxication alcoolique, sans compter la mort subite qui est un véritable empoisonnement.

**I. Ivresse.** — Ce serait une puérilité de discuter le diagnostic de l'ivresse proprement dite, état passager dans lequel les troubles plus ou moins accentués de l'intelligence, de la motilité et des fonctions digestives sont des faits de constatation vulgaire. Ce n'est que lorsqu'on est appelé auprès d'un individu qui se trouve dans l'état comateux qu'entraîne l'ivresse, forme dite *apoplectique*, que l'on peut hésiter à porter un diagnostic ; et encore faut-il, pour qu'il en soit ainsi, que l'on n'ait aucun renseignement sur les antécédents, et que l'haleine du malade n'exhale pas cette odeur particulière d'alcool ou de liquides fermentés qui est caractéristique. Parfois un vomissement de liquides aigres et inépuissables, ou exhalant l'odeur de l'alcool, vient révéler immédiatement la cause du coma dans les cas douteux ; si l'on est privé de cet élément de diagnostic et que l'on craigne d'avoir recours à un vomitif, on peut, suivant le conseil du docteur Lalauz, faire administrer un ou deux lavements purgatifs d'eau salée (deux cuillerées de chlorure de sodium pour quatre verres d'eau), qui permettront de reconnaître cette odeur aigre caractéristique dans les fèces expulsées. Il ne serait donc que dans des cas rares que l'on pourrait croire à une affection cérébrale spontanée. La résolution complète des quatre membres, et non des deux membres d'un côté du corps, que l'on constate dans le coma qui suit l'ivresse, est une conséquence trop rare de l'hémorrhagie cérébrale pour que l'on ne doute pas fortement de l'existence de cette hémorrhagie. Depuis longtemps on a signalé une forme convulsive de l'ivresse, avec délire agité et parfois même furieux. Mais ici le diagnostic est facile, parce que les autres signes de l'ivresse sont manifestes.

Il ne faut pas perdre de vue que l'ivresse peut se compliquer d'une hémorrhagie cérébrale, ou d'une hémorrhagie méningée, entraînant la mort, qui peut aussi être la conséquence d'une congestion du cerveau ou des poumons (asphyxie.) L'albuminurie complique aussi quelquefois l'alcoolisme aigu (Voisin, Lérard, Lancereaux).

**II. Delirium tremens.** — 1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — L'état complexe ainsi désigné, appelé aussi *délire tremblant*, *délire des ivrognes*, etc., s'annonce par une certaine agitation, de l'inquiétude, un sommeil interrompu, un

commencement de tremblement nerveux, de l'anorexie et même du dégoût des aliments, etc. ; mais ces symptômes varient jusqu'à ce que les véritables signes de la maladie confirmée se montrent, et principalement le délire et le tremblement. Le *délire* est tantôt calme, et tantôt, ce qui est le plus ordinaire, agité ou furieux. La physionomie exprime souvent la frayeur et l'anxiété, par suite des hallucinations de la vue ou de l'ouïe, qui sont un des caractères essentiels de l'affection. Le malade se croit poursuivi par la police, par les gendarmes, etc. ; il les voit, les entend, et ces craintes imaginaires, qui le poursuivent, sont parfois assez dominantes pour provoquer le suicide, ainsi que j'en ai vu un exemple. Des hallucinations pénibles de l'odorat ou du goût se joignent aux précédentes. La face est ordinairement animée, rouge ou pâle, les yeux sont fixes et brillants, parfois encroûtés de chassie sur les bords libres des paupières, la bouche reste quelquefois ouverte, et les dents se sèchent et s'encroûtent d'un enduit jaunâtre par le dessèchement des mucosités buccales ; l'haleine est alors fétide, un peu de salive écumeuse se remarque entre les lèvres lorsque le malade parle beaucoup ; la peau est souvent couverte de sueur. Mais ce qui imprime un cachet particulier à la physionomie générale de la maladie, c'est le *tremblement* qui se remarque principalement aux membres, et qui les agite de petits mouvements répétés et irréguliers, augmentant pendant les mouvements volontaires. Ce tremblement rend la démarche vacillante, empêche le malade de porter à sa bouche un verre de liquide sans en répandre, et, s'il occupe les lèvres et la langue, produit un embarras plus ou moins prononcé de la parole. Quelquefois il se joint des convulsions *épileptiformes* à ces troubles musculaires. Il y a toujours une *insomnie* plus ou moins complète, et le sommeil, lorsqu'il a lieu, est troublé par des rêves effrayants. Le *pouls* est tantôt rare, tantôt accéléré et peu développé, la *soif* est vive ou nulle, et il n'est pas rare d'entendre les malades demander des boissons alcooliques ; l'*anorexie* est complète, il y a un sentiment de *pesanteur* à l'*épigastre*, de la *constipation* ; les *urines* sont peu abondantes, rouges et chargées.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le *delirium tremens*, ou folie des ivrognes, ne saurait être méconnu lorsque le délire agité, les tremblements et les hallucinations, ces trois symptômes fondamentaux, se trouvent réunis. Il peut arriver cependant que l'un d'eux soit atténué, tandis qu'un autre est au contraire prédominant ; et, à ne considérer que ces symptômes qui sont d'ailleurs assez souvent les seuls éléments d'après lesquels on puisse formuler le diagnostic, on peut se trouver dans l'embarras. La marche que suivent les accidents observés et qui sont toujours plus ou moins aigus, avec des exacerbations de délire et d'hallucinations, et dont la durée dépasse rarement deux semaines, est un élément de diagnostic qu'il ne faut pas négliger. Mais il est loin d'avoir l'importance de deux autres données relatives aux commémoratifs : je veux parler d'abord de l'abus des boissons fermentées, principalement de l'eau-de-vie, qui est plus particulièrement suivi de *delirium tremens*. L'autre commémoratif utile à connaître est la disparition rapide, sous l'influence de l'opium, d'accidents antérieurs semblables à ceux que l'on observe. Malheureusement, ce dernier antécédent fait souvent défaut, ou ne peut être constaté ; et quant aux habitudes alcooliques, elles peuvent rester inconnues, malgré les renseignements que l'on prend auprès des personnes qui entourent le malade et qui dissimulent ou ignorent la vérité sur ce point. Tel est le fait, observé par Delasiaave, d'une jeune fille qui faisait un usage journalier de liqueur d'absinthe, et dont il a cité l'observation à la Société médicale des hôpitaux (septembre 1856). Les antécédents peuvent aussi être méconnus par suite de conditions particulières dans

lesquelles on observe le malade, et, par exemple, après son admission dans une maison d'aliénés sans renseignements antérieurs.

Toutes ces conditions défavorables ne rendent pas surprenante la confusion du *delirium tremens* avec un certain nombre d'affections se manifestant par des troubles cérébraux : l'*encéphalopathie saturnine*, l'*empoisonnement par les narcotiques*, et le *délire nerveux* des opérés. Dans les cas de narcotisme et de délire nerveux, l'ingestion de la substance toxique, ou le fait de l'opération récente, sont des antécédents qui peuvent suffire le plus souvent au diagnostic différentiel avec le *delirium tremens*. Mais il n'est pas aussi simple de distinguer de cette dernière affection l'*encéphalopathie saturnine* à forme délirante, si l'on ignore que le malade a subi l'influence des préparations saturnines. Le délire saturnin a plusieurs caractères analogues à ceux du *delirium tremens* : divagations, insomnie, agitation parfois furieuse, hallucinations pouvant déterminer le suicide. La confusion serait ici d'autant plus facile, que les ouvriers qui sont exposés à l'influence saturnine abusent fréquemment des boissons alcooliques, qui produisent la dysomanie ; mais un caractère distinctif de cette dernière affection est le tremblement musculaire et le défaut de précision des mouvements, qui manquent dans les intervalles des accidents cérébraux saturnins. De plus, l'action rapidement favorable de l'opium, dans le délire des ivrognes, est une sorte de pierre de touche dont l'emploi est loin d'être sans avantage pour le diagnostic.

Le délire tremblant des ivrognes se complique quelquefois de *pneumonies* dites typhoïdes, de même qu'il peut lui-même compliquer fréquemment une maladie aiguë. Dans ce dernier cas, le *delirium tremens* se montre ordinairement peu de jours après le début de ces maladies, et mériterait d'être appelé délire des ivrognes plutôt que *delirium tremens*, la trémulence des mouvements pouvant manquer, ou être à peine sensible. On a prétendu que les troubles cérébraux étaient dus alors à l'abstinence des alcooliques, dont le malade faisait précédemment un abus journalier ; et, pour preuve, on a argué de la disparition du délire sous l'influence des boissons alcoolisées. Quoi qu'il en soit, ces délires cèdent le plus ordinairement à l'emploi de l'opium, et cet effet du narcotique, joint à la connaissance d'habitudes antérieures d'ivrognerie ou d'excès alcooliques, est considéré comme suffisant pour caractériser après coup le délire alcoolique, et le distinguer des autres délires symptomatiques.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Le *delirium tremens* se termine le plus souvent par la guérison ; mais si les habitudes d'ivrognerie continuent, l'alcoolisme peut devenir chronique. La guérison n'est pas d'ailleurs aussi constante qu'on pourrait le croire, lorsque le passage de la maladie à l'état chronique n'a pas lieu. Delasiauve a décrit une forme *suraiguë* (*Revue médicale*, 1852) dans laquelle la terminaison fatale est fréquente ; et, à propos de sa communication à la Société médicale des hôpitaux, en 1856, on a cité des faits de mort attribuées à la négligence de l'administration de l'opium qui avait été prescrit.

III. *Alcoolisme chronique*. — L'intoxication qui constitue l'alcoolisme chronique n'est pas caractérisée, comme l'ivresse ou le *delirium tremens*, par des symptômes passagers ou aigus, mais par des phénomènes permanents ou chroniques. Ces phénomènes se montrent graduellement, après un usage longtemps prolongé des spiritueux, ou à la suite d'un accès de *delirium tremens*. Le docteur Magnus Huss, de Stockholm, où l'abus de l'eau-de-vie est extrêmement commun, a publié sur ce sujet le travail le plus complet que l'on connaisse. Ce travail a été analysé par le docteur Lasègue dans les *Archives de médecine* (1853). Morel, Racle, Lancereaux ont publié aussi des travaux sur le même sujet

1° *Éléments du diagnostic.* — Les signes qui s'observent principalement au niveau des appareils de relation (myotilité, sensibilité, intelligence) varient suivant la période plus ou moins avancée de l'intoxication. Les premiers symptômes sont : le *tremblement* des mains, de la langue, la *diminution des forces*, l'hésitation de la *parole*, des *crampes* et des *contractions* dans les mollets, des *fourmillements* dans les pieds et les jambes pouvant remonter quelquefois jusqu'aux lombes et envahir les membres supérieurs, de l'*hyperesthésie* comme un des premiers troubles de la sensibilité, de légers *vertiges*, de l'indifférence, de l'*hébétude*, avec affaiblissement de la mémoire, un *sommeil agité*, troublé par des illusions et des rêves. Le tremblement et la débilité musculaire font des progrès; les jambes vacillent; il apparaît une *anesthésie* graduellement envahissante, des extrémités vers les parties supérieures, et des *hallucinations* de la vue et de l'ouïe, surtout au moment où le sommeil survient. Le malade maigrit de plus en plus. A une époque plus avancée, ou par l'effet d'une rechute, si les accidents précédents se sont d'abord dissipés, les symptômes s'aggravent; les convulsions des membres inférieurs ressemblent à des secousses électriques et tendent à se généraliser; à la longue elles caractérisent une *épilepsie* confirmée, dont les accès se rapprochent de plus en plus; la pupille est dilatée, la *vue* s'affaiblit de même que l'intelligence, dont l'obtusité alterne quelquefois avec du délire, et finit par aller jusqu'à l'abrutissement; les facultés génératives diminuent également. L'affaiblissement musculaire devient tel, que la *position couchée* est la seule possible; il survient des *douleurs*, surtout nocturnes, dans les jambes; la *peau* se sèche, les extrémités inférieures s'*oédématisent*, l'*amaigrissement* devient extrême, et un délire calme précède la mort. A ces troubles des organes de relation se joignent (plus fréquemment en Suède qu'en France) des symptômes du côté des organes digestifs : *dégoût* des aliments, vomissements de *pîuite acide*, tension douloureuse à l'*épigastre*, augmentation de volume du *foie*, alternatives de *diarrhée* et de *constipation*. Ces différents troubles digestifs font des progrès, avec l'ensemble de ceux que j'ai rappelés plus haut.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le simple exposé des symptômes qui précèdent n'a pas besoin de commentaires; ils forment un groupe assez caractéristique pour faire reconnaître aisément l'alcoolisme chronique. Cependant, si l'ensemble et la succession de ces symptômes ne laissent aucun doute au praticien, il n'en est pas de même lorsque ces signes sont peu nombreux. Dans ce dernier cas, l'abus des spiritueux comme antécédent n'est pas d'une valeur aussi grande qu'on pourrait d'abord le supposer, cet abus des alcooliques étant chose fréquente et pouvant se rencontrer souvent par conséquent chez des sujets atteints de maladies ayant quelque analogie avec l'alcoolisme chronique.

L'intoxication alcoolique peut être confondue avec l'*encéphalopathie saturnine* dont il a été question à propos du *delirium tremens*, et avec les suites de certaines *affections cérébrales*; mais en regard de l'analogie d'un petit nombre de symptômes entre ces maladies et l'alcoolisme chronique, il est le plus souvent facile de grouper, de part et d'autre, des signes particuliers et des combinaisons de symptômes qui permettent de se prononcer. Les véritables difficultés du diagnostic différentiel sont entre l'alcoolisme chronique et la *paralyse générale*, ou plutôt avec le groupe encore assez vague des affections désignées sous ce nom. C'est ce qu'a rappelé le docteur Lasègue, en signalant les difficultés de ce diagnostic différentiel. Aucun embarras ne peut exister aux dernières périodes de la paralyse générale; mais il n'en est pas de même à son début. Les symptômes communs aux deux affections sont : l'hésitation de la parole, con-

ne ou intermittente, et dont la forme est la même de part et d'autre; le tremblement de la langue et des membres sans paralysie; les fonctions génératrices noindries; les étourdissements, les vertiges, la difficulté de maintenir par moments l'équilibre; enfin l'intelligence peut n'être affectée que secondairement de part et d'autre. Les caractères différentiels sont que, dans l'alcoolisme, l'hésitation de la parole est bien rarement le précurseur des autres troubles nerveux, et que l'affaiblissement musculaire se joint au tremblement. Ce tremblement ne ressemble pas aux impulsions spasmodiques du paralytique général. A la suite de l'ivrognerie, l'état vertigineux se rapproche plus de la syncope, tandis que, dans la paralysie, il paraît sous la dépendance de congestions cérébrales. Les hallucinations de la vue dans l'alcoolisme méritent la plus grande attention et doivent, jusque dans les rêves, être recherchées avec soin comme symptôme essentiel et constant; de plus, la débilité uniforme de l'intelligence ne s'accompagne pas de l'indifférence et encore moins du contentement des paralytiques, dont l'intelligence procède, comme le système musculaire, par une série d'impulsions comme convulsives. Après avoir exposé ces considérations, que j'ai dû abréger, Lasègue fait remarquer avec raison que plus on approfondit le sujet, plus les obscurités de diagnostic s'accroissent et que les médecins qui éprouvent le moins d'hésitation sont peut-être ceux qui sont le moins versés dans cette étude comparative.

La prédominance de certains symptômes sur les autres doit aussi être mise au nombre des causes de l'obscurité du diagnostic. C'est cette prédominance, dont il faut être prévenu, qui a fait admettre à Huss six formes différentes : 1° la forme *prodromique*; 2° la forme *paralytique* ou parésique; 3° la forme *anesthésique*; 4° l'*hyperesthésique*; 5° la *convulsive*; 6° la forme *épileptique*. La forme prodromique a pour caractères les tremblements musculaires des mains et souvent de la langue, la faiblesse des membres, des fourmillements dans les jambes, des éblouissements, avec un certain état de santé et une certaine intelligence. Les autres formes se définissent d'elles-mêmes, et, pour leur diagnostic, je n'ai qu'à renvoyer aux mots consacrés aux différents symptômes prédominants qui leur servent de caractère principal. A ces formes de l'alcoolisme chronique fondées sur un symptôme prédominant, Huss aurait pu ajouter avec autant de raison une forme gastrique, pouvant en imposer pour une affection organique de l'estomac, qui existe d'ailleurs quelquefois réellement.

Suivant Lancereaux (*Acad. de méd.*, 1864), cette maladie s'accompagne de lésions organiques qui, envisagées d'une manière générale, sont de deux ordres : tantôt elles affectent la trame organique (*hyperplasies conjonctives*), et tantôt l'élément spécial à chaque organe (*dégénérescence graisseuse*). Aussi comprend-t-on facilement que l'on compte parmi les complications de l'alcoolisme chronique, la maladie de Bright. Des altérations organiques diverses, comme la stéatose et la cirrhose du foie, des ulcères de l'estomac (Leudet, *Gaz. méd.*, 1863), la péritonite chronique (Lancereaux), ont été aussi observées. L'épilepsie ne doit-elle pas être considérée comme une complication? Cela ne me paraît pas douteux, au moins pour certains cas. Je l'ai vue survenir, en effet, sous mes yeux, au paroxysme d'une terreur profonde résultant d'une hallucination de la vue, au moment d'une exacerbation délirante. Les phénomènes épileptiques ne sont donc pas toujours la conséquence des simples progrès de l'alcoolisme. Suivant Morel, la transformation graisseuse des muscles, comme celle du cœur, serait encore une complication dont il faudrait tenir compte dans le diagnostic.

3° *Pronostic*. — La marche des accidents peut se suspendre, et l'alcoolisme chronique guérir ou s'améliorer, si la cause cesse d'agir. Mais on ne doit pas ou-

blier que la cessation brusque des liqueurs spiritueuses est considérée comme l'origine d'accidents semblables à ceux qui résultent de leur abus. C'est ainsi que l'on explique souvent la gravité que l'alcoolisme imprime aux maladies incidentes. Tout le monde est d'accord sur la gravité des fièvres inflammatoires, des fièvres éruptives, qui se déclarent chez les buveurs de profession. C'est peut-être là l'explication de la terminaison souvent funeste de l'érésipèle de la face en Angleterre. La mort peut d'ailleurs être la conséquence du simple progrès des accidents dus à l'intoxication alcoolique.

**ALIÉNATION MENTALE.** — Voy. FOLIE.

**ALLAITEMENT.** — L'allaitement, continué trop longtemps ou entrepris par des femmes dont la constitution n'est pas suffisamment forte, peut donner lieu à des accidents du côté de la mère. Il en est de même si les suctions de l'enfant sont trop fréquemment répétées chaque vingt-quatre heures. En tout cas, il en résulte un épuisement caractérisé par des *douleurs de poitrine*, principalement dorsales, des *tiraillements épigastriques*, l'*allanguissement* de toutes les fonctions, en un mot les signes d'une *anémie* plus ou moins prononcée. L'anémie, développée dans ces conditions particulières, qui en font diagnostiquer l'origine, favoriserait, suivant Marcé, le développement de la folie chez les femmes prédisposées (*Traité de la folie des femmes enceintes, des nourrices*, etc., 1858). A la cessation de l'allaitement, il survient aussi quelquefois des troubles variés dans la santé de la femme; mais on a exagéré outre mesure les conséquences fâcheuses de la cessation de l'allaitement, dont aucune n'est caractéristique. On a souvent considéré comme des effets de la suspension forcée de l'allaitement par défaut de sécrétion lactée, des maladies qui en sont au contraire la cause.

On a agité la question de savoir si l'allaitement rendait les femmes moins sujettes aux affections de l'utérus ou de ses annexes, et si la fluxion qui s'opère vers les mamelles, par le fait de la lactation, ne favorisait pas le dégorgement de l'organe utérin? Voici ce que l'on sait de positif sur ce point. Scanzoni a trouvé que, sur 196 enfants appartenant à 54 femmes atteintes de fluxions utérines, 57 seulement avaient été nourris par leur mère; et, d'un autre côté, Aran, sur 100 femmes atteintes d'affections utérines, en a compté 70 qui n'avaient pas nourri (*Leçons sur les mal. de l'utérus*, 1858). Aran croit, dans une certaine mesure, à l'influence favorable de l'allaitement sur les affections utérines, et il a cru remarquer que la suspension de l'allaitement était suivie d'une aggravation dans les accidents utérins, quand il en existait déjà. On voit, par ce court exposé, que le fait de l'allaitement peut fournir quelques données utiles au diagnostic.

**ALGIDITÉ.** — Voy. THERMOMÉTRIE.

**ALOPÉCIE.** — La chute des cheveux a lieu *par places*, ou indifféremment dans les *diverses parties du cuir chevelu*. Dans le premier cas, on a ordinairement affaire à une inflammation locale aiguë, à une acné sébacée, ou à une TEIGNE; dans le second cas, l'alopécie est *syphilitique*, un effet de l'âge, d'une prédisposition particulière, ou bien elle succède à une maladie grave (*convalescence*).

**AMAIGRISSEMENT.** — En envisageant la question séméiologique de l'amaigrissement à son point de vue le plus pratique, je n'ai qu'à rappeler qu'il peut se présenter dans deux conditions différentes : ou bien le dépérissement coïncide avec d'autres phénomènes morbides apparents, ou bien il paraît isolé de tout signe appréciable au premier abord.

Dans le premier cas, l'interrogatoire et l'examen attentifs du malade permettront de remonter facilement à l'origine de l'amaigrissement, ordinairement à une



affection, soit des organes *digestifs*, soit des organes *respiratoires*, dont les fonctions, de part et d'autre, jouent un rôle si important dans la nutrition. Mais lorsque l'amaigrissement paraît isolé d'autres signes apparents, et laisse dans le doute, après un premier examen du malade, il ne faudra pas songer seulement à une affection thoracique ou abdominale *latente*, comme une phthisie pulmonaire chez les jeunes sujets, un cancer abdominal chez les adultes plus âgés, mais encore à des maladies produisant une débilitation profonde et continue, à une altération du sang, à une névrose. On n'oubliera pas que, entre autres conditions pathologiques de l'amaigrissement, la *syphilis* constitutionnelle, la *glycosurie*, la *nostalgie*, l'*iodisme*, peuvent être l'origine de dépérissements, au premier abord inexplicables.

**AMAUROSE, AMBLYOPIE.** — Les recherches modernes ont modifié profondément l'étude de l'amaurose, depuis l'impulsion donnée à l'ophtalmologie par l'emploi de l'ophtalmoscope. Je n'ai pas d'ailleurs à faire l'histoire diagnostique complète de l'amaurose, mais à la considérer comme un symptôme ou signe des maladies étrangères à l'organe de la vision.

1° *Caractères.* — Sans entrer dans la description des moyens employés par les ophtalmologistes pour juger des formes et du degré des amauroses, je rappellerai avec Follin qu'il y a des amauroses *partielles* et des amauroses *générales*. Les partielles se manifestent par des *taches* diverses ou *sentômes* dans le champ visuel, ou par des rétrécissements variés du champ visuel, dans le sens concentrique ou par moitié, ce que l'anatomie pathologique explique très-bien aujourd'hui. Dans l'amaurose générale, tout le champ visuel est obscurci. Tantôt c'est comme un simple brouillard qui voile plus ou moins les objets, tantôt cette obscurité est traversée par des scintillements lumineux, des étincelles, des flammes, qui sont liés le plus souvent à un état congestif du cerveau ou des membranes internes de l'œil. L'amaurose affecte les deux yeux à la fois ou bien un seul; elle apparaît subitement ou se développe d'une manière graduelle, ayant une durée passagère, et tantôt ne cessant qu'avec la vie. Serre (d'Uzès) a indiqué l'existence du *phosphène* ou *spectre lumineux*, obtenu par la compression de l'œil, comme signe négatif de l'amaurose complète; ce signe est d'un grand intérêt pour le chirurgien, lorsqu'il doit décider si la rétine conserve ses fonctions alors que les milieux de l'œil ont perdu leur transparence.

Les troubles amaurotiques peuvent être intermittents et céder à l'emploi des antipériodiques; mais il ne faut pas confondre cette amaurose franchement intermittente, qui est du reste très-rare, avec l'amaurose périodique qui constitue l'affection singulière désignée sous le nom d'*HÉMÉRALOPIE*.

2° *Conditions pathologiques.* — Un grand nombre de conditions organiques, autres que celles que l'on rencontre dans le globe de l'œil, peuvent donner lieu à l'amaurose ou à des troubles amaurotiques; le nombre de ces conditions est même si grand, que l'on ne peut se flatter de n'en pas omettre en les énumérant. Cela se conçoit lorsque l'on songe aux lésions matérielles et aux modifications dynamiques si multipliées qui peuvent affecter l'appareil nerveux en général, et à la sensibilité exquise des nerfs de l'œil, qui sont souvent les premiers atteints.

Les conditions pathologiques de l'amaurose doivent être cherchées en dehors de l'œil : dans la cavité orbitaire, dans le cerveau, dans un organe éloigné, dans une maladie généralisée, ou enfin dans plusieurs de ces causes réunies.

Les *tumeurs* de la cavité orbitaire, développées au niveau des parties constituantes de l'orbite ou des parties voisines, peuvent comprimer le nerf optique ou le globe de l'œil, et produire une amaurose dont le *siège* d'un seul côté, la

*saillie accidentelle de l'œil affecté* et la constatation directe de la tumeur par la palpation, indiquent facilement l'origine.

Parmi les *affections du cerveau*, il en est un assez grand nombre qui se caractérisent par l'amaurose. Une simple congestion, même légère, peut produire une amblyopie passagère; mais il n'est pas très-rare de rencontrer une amaurose persistante et progressive dépendant d'une lésion cérébrale. Il est alors souvent difficile, non-seulement de préciser cette lésion, mais encore de décider si c'est bien le cerveau qui est atteint. Dans certains cas, il existe bien un ensemble de phénomènes, tels que douleurs de tête, troubles plus ou moins profonds de l'intelligence, de la myotilité, de la sensibilité générale ou des sens spéciaux, phénomènes plus ou moins nombreux qui, par leurs caractères, leur coïncidence, leur marche, etc., mettent assez facilement sur la voie du diagnostic; cependant il n'en est pas toujours ainsi. On a vu les troubles amaurotiques, et en particulier la faiblesse croissante de la vue, être le premier et le seul symptôme d'une affection cérébrale; or, ce n'est que la marche ultérieure de la maladie et l'apparition d'autres signes qui peuvent, en pareille circonstance, révéler l'existence d'une lésion cérébrale. Suivant Beer, lorsque, dans la première période de l'amaurose, les objets paraissent tordus, pliés, raccourcis, allongés et plus rarement renversés, on doit placer la cause de l'amaurose dans le cerveau. Rayer, qui a publié un travail intéressant sur les tumeurs de la glande pituitaire, qu'il croit possible de diagnostiquer dans certains cas, signale l'amaurose comme l'un de leurs principaux signes; deux fois sur cinq, l'amaurose fut, en effet, le premier symptôme de ces tumeurs (*Voy. TUMEURS intra-crâniennes*). L'amaurose est également une conséquence de l'hydrocéphalie. On l'a vue aussi produite par une tumeur du cervelet (H. Taylor). De plus, Brierre de Boismont a rencontré le même signe au début de certaines paralysies générales, et peut-être les faits qu'il a observés doivent-ils être rapprochés de ceux que Duchenne (de Boulogne) a réunis pour décrire l'ataxie locomotrice progressive, maladie qui débute très-fréquemment par des troubles amaurotiques, avec ou sans paralysies des muscles oculaires. L'ophtalmoscope, en permettant d'explorer la rétine, fournit au diagnostic des affections intra-crâniennes des éléments de diagnostic qui pourront avoir de l'importance (*Voy. OPHTHALMOSCOPIE*), et permettre d'expliquer les troubles amaurotiques dépendant de ces affections.

La *dyspepsie*, suivant Chomel, les *entozoaires* intestinaux, l'accumulation des matières fécales dans l'intestin par suite d'une *constipation* plus ou moins prolongée, l'*aménorrhée* doivent être rappelés comme autant d'origines réflexes de l'amaurose ou de l'amblyopie. Mais ce sont principalement les états morbides qui débilitent profondément l'économie, ou qui sont caractérisés par une altération du sang et une modification de l'appareil nerveux, qui se compliquent fréquemment de phénomènes amaurotiques. Aussi les rencontre-t-on comme conséquence des *pertes séminales involontaires*, des excès de *masturbation*, du *coût trop* fréquemment répété par les hommes d'un âge plus ou moins avancé. Chez les jeunes femmes, l'existence des phénomènes amaurotiques, observés accidentellement, doit toujours faire soupçonner l'*anémie* ou l'*hystérie* comme origine de l'amaurose. Des *désordres dentaires*, comme le docteur Hancock en a cité des exemples remarquables (*The Lancet*, 1859), la *névralgie trifaciale*, et une affection plus rare, la *névralgie générale* de Valleix, s'accompagnent aussi de ce signe. Il en est de même : des *anémies cachectiques*; des *intoxications saturnines*, par le sulfure de carbone, par l'ergot de seigle; de la *collique sèche* ou nerveuse endémique des pays chauds; de la *syphilis constitutionnelle*, et surtout de la *maladie de Bright* et de la *glycosurie*. Enfin les troubles



amaurotiques se montrent quelquefois comme accident consécutif de certaines maladies, comme la *fièvre puerpérale*, sans qu'il y ait d'albumine dans l'urine (Eastlake), comme la *diphthérie*. Dans ce dernier cas, c'est une paralysie du sens de la vue, que l'on doit rapprocher des autres modes de paralysie succédant à des affections aiguës, paralysies sur lesquelles on a rappelé l'attention.

3° *Signification*. — Les particularités très-diverses que présentent soit l'amaurose complète, soit l'amblyopie, dans ces nombreuses conditions, peuvent quelquefois servir à révéler leur origine. C'est ainsi que l'amaurose due aux désordres dentaires, signalée par Hancock, disparut rapidement par l'extraction des dents malades. L'amaurose produite par des pertes séminales a le plus souvent atteint un seul œil avant d'envahir l'autre. Dans l'aménorrhée, on a vu les troubles de la vue disparaître aussitôt que les règles se sont montrées. Dans l'intoxication saturnine, les accidents amaurotiques ont été caractérisés le plus souvent par leur invasion rapide ou subite et par leur durée de quelques jours seulement. Mais ce dernier mode de manifestation de l'amaurose ne saurait être considéré comme propre à cette intoxication. Il en est de même pour celle qui se manifeste dans la maladie de Bright; celle-ci mérite toutefois une mention spéciale, en raison de l'importance séméiologique qu'on lui a attribuée.

Indiquée par Bright lui-même, cette amaurose était considérée comme un signe très-secondaire, lorsque Landouzy, dans un intéressant Mémoire (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849), insista sur sa valeur séméiologique dans cette maladie, et la signala comme étant à peu près constante. Les recherches nombreuses dont l'amaurose albuminurique a été l'objet, tant en France qu'à l'étranger, ont été résumées par le docteur Lécorché dans sa thèse (1858), de même que le docteur Charcot a résumé dans la *Gazette hebdomadaire* (1858) les recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques que cette espèce d'amaurose a provoquées en Allemagne. Il résulte de ces différents travaux que, sur 280 malades de l'affection de Bright observés par différents auteurs, 62 présentaient de l'amblyopie (1 sur 4 ou 5); que les altérations de la vision sont loin par conséquent d'être constantes, tout en constituant un phénomène assez fréquent de la maladie; que les conditions qui contribuent à affaiblir l'économie favorisent le développement de l'amblyopie (Lécorché); qu'il n'y a aucune corrélation, comme l'avait déjà fait remarquer Landouzy, entre la quantité d'albumine contenue dans l'urine et le degré des altérations de la vision; que ces troubles, amblyopie ou cécité complète due quelquefois à une cataracte diabétique (Lécorché, *Arch. de méd.*, 1861), surviennent lentement ou subitement; qu'ils persistent quelquefois après la disparition de la maladie de Bright; et enfin que les troubles amaurotiques sont tantôt indépendants de toute lésion matérielle, et tantôt liés à des lésions de la rétine, dont les hémorrhagies intrarétiniennes, visibles à l'aide de l'ophtalmoscope sont la principale. (*Voy. OPHTHALMOSCOPIE.*)

Il résulte de ce qui précède que l'amaurose complète ou incomplète, passagère ou durable, quelles que soient ses allures en un mot, sert rarement de base, par ses caractères propres, aux inductions diagnostiques qu'on en peut tirer. C'est principalement la constatation des phénomènes concomitants qui élucide la question d'origine; et, lorsqu'ils existent, la conclusion découle d'elle-même de l'observation de l'ensemble de ces phénomènes. Telle est l'amaurose hystérique lorsqu'elle s'accompagne de l'anesthésie de la peau et des accès de cette affection; telle est encore l'amaurose qui succède à la diphthérie, et qui le plus souvent s'accompagne d'une paralysie du voile du palais ou d'une paralysie générale incomplète (Maingault), dont la coïncidence est assez caractéristique

pour faire remonter à l'origine de la paralysie oculaire. Il peut néanmoins se présenter des difficultés de diagnostic dans certaines circonstances où la réunion de plusieurs symptômes semblerait devoir l'élucider. C'est ce qui arrive, par exemple, lorsque, à la paralysie de la vue, se joignent des paralysies de la myotilité générale, paralysies qui sont loin d'être constamment la conséquence d'une lésion des centres nerveux, comme le démontrent les paralysies hystériques, anémiques, etc.

Mais les plus grandes difficultés que peut présenter l'interprétation de l'amaurose résultent fréquemment de l'isolement apparent dans lequel ce signe s'offre au médecin. L'erreur diagnostique, dans ce cas, est parfois inévitable, malgré un interrogatoire et une investigation des plus minutieux; et à plus forte raison le diagnostic pourra-t-il être erroné, si l'examen du malade est superficiel. Dans les cas embarrassants, on devra rechercher s'il n'existe pas une des conditions que j'ai relatées, principalement des affections cérébrales commençantes ou des affections profondément débilitantes. L'examen de tous les appareils organiques, et en particulier l'examen des urines, dans le but d'y rechercher l'albumine ou la glycose, ne devra jamais être négligé dans les cas douteux: c'est un point capital de diagnostic, dont la solution révèle souvent l'état grave et latent dans lequel se trouve l'amaurotique, même lorsqu'il l'est à un faible degré.

**AMÉLIORATION, AMENDEMENT.** — Lorsque, dans le cours d'une maladie, on constate la décroissance des symptômes généraux, la diminution d'intensité ou d'étendue des signes locaux, et, à plus forte raison, leur disparition successive, on déduit une donnée pronostique favorable de l'amélioration ou de l'amendement que ces changements annoncent. Cette conclusion est si simple, qu'elle aurait à peine besoin d'être énoncée, si cette atténuation des phénomènes morbides était toujours définitive, et si elle devait, en toute circonstance, être favorablement interprétée. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et c'est sur les cas d'amélioration trompeuse ou mal jugée que je veux surtout insister.

Pour bien apprécier la légitimité d'une franche amélioration, il faut avant tout tenir compte de la marche naturelle croissante, stationnaire et décroissante des phénomènes morbides qui caractérisent les maladies; or, au premier abord, rien n'est plus mal déterminé dans la pathologie, pour la plupart des espèces nosologiques. Si l'on excepte, en effet, les fièvres éruptives et un petit nombre de maladies aiguës peu graves, dans lesquelles l'amélioration survenue à son époque habituelle est, par cela même, jugée de bon aloi, on ne peut affirmer qu'un amendement apparu soit celui de la période ultime et favorable de la maladie que l'on a sous les yeux. Ce sont surtout les améliorations qui surviennent à la suite de l'emploi de certains médicaments qui sont trompeuses, en ce sens que l'on peut attribuer à la médication les changements favorables qui ne sont que la conséquence naturelle de l'évolution régulière des phénomènes morbides. L'étude des variations de la température du corps dans les maladies est cependant venue modifier profondément la clinique à ce point de vue, comme on le verra à l'article THERMOMÉTRIE.

La cessation brusque et spontanée d'un phénomène morbide grave par son intensité, comme certaines douleurs, ou la suspension rapide et presque complète d'un ensemble d'accidents pathologiques, ont une signification souvent importante. L'essentiel est surtout, en pareille circonstance, de ne pas méconnaître un premier accès d'accidents pernicieux.

**AMÉNORRHÉE.** — C'est par un abus de langage que l'on a désigné à la

fois, sous le nom d'aménorrhée, soit la suppression ou l'absence complète des règles, soit leur simple diminution. Mais, comme cette manière de voir est généralement adoptée, je crois devoir m'y conformer, en faisant toutefois remarquer que c'est à tort que quelques auteurs ont compris la dysménorrhée dans la même division.

1° *Éléments du diagnostic.* — Sous le rapport du diagnostic pratique, les symptômes qui caractérisent l'aménorrhée doivent être considérés à part selon qu'elle consiste : 1° accidentellement en une *suppression brusque* du flux menstruel existant; 2° en une *suspension* ou une *absence* plus ou moins prolongée des époques menstruelles; 3° ou simplement en une *diminution* sensible du flux sanguin périodique.

Lorsqu'il y a suppression brusque et accidentelle, le fait de cette suppression tantôt constitue le seul élément du diagnostic de l'aménorrhée, et tantôt d'autres données résultent des phénomènes morbides qui sont la conséquence de la suppression, et qui sont les mêmes que ceux de la dysménorrhée : *douleurs lancinantes* dans le bassin avec irradiations dans les parties voisines, *coliques utérines*, sentiment de *pesanteur* vers le périnée, *malaise général*, *vertiges*, *céphalalgie*, troubles *dyspeptiques*, *flatuosités*, et parfois *ballonnement* de l'abdomen pouvant disparaître rapidement pour revenir bientôt. Lorsque l'aménorrhée est complète et résulte de la suspension plus ou moins prolongée des règles, les signes précédents peuvent se montrer périodiquement comme preuve des époques menstruelles avortées, surtout s'il s'y joint le *gonflement des mamelles* et une *susceptibilité nerveuse* plus ou moins caractérisée. Dans les intervalles, il existe souvent un ensemble de *phénomènes nerveux*, avec *décoloration* des téguments et souffles *cardio-vasculaires* (anémie). Enfin les mêmes phénomènes, avec ou sans troubles périodiques, peuvent s'observer avec une diminution notable des écoulements sanguins menstruels.

2° *Inductions diagnostiques.* — La connaissance de l'aménorrhée se révèle d'elle-même, lorsqu'elle est caractérisée par la suspension brusque d'un écoulement menstruel ou par la diminution habituelle du flux sanguin. L'aménorrhée par suspension complète, au contraire, n'est pas toujours aisément constatée ou interprétée. Elle peut, en effet, être dissimulée par les femmes, lorsqu'elles pensent qu'elle est un signe de grossesse qu'elles veulent cacher. D'un autre côté, rien n'est plus obscur que le fait du début de l'aménorrhée chez les jeunes filles pubères. Le développement suffisant des poils et des organes génitaux externes, avec l'amplitude du bassin, ont bien été donnés comme preuves que les règles doivent paraître, et que leur absence est le signe d'une aménorrhée primitive; mais on ne saurait toujours émettre que des probabilités dans de telles conditions, car ces conditions de puberté peuvent exister pendant assez longtemps sans aucun trouble de la santé, et sans que les menstrues se montrent. Il n'y a évidemment aménorrhée, dans cette circonstance, que lorsque cet état se prolonge au-delà de la période d'âge à laquelle se montrent les règles; mais cette période est elle-même si variable, quoiqu'on la sache plus tardive dans les climats froids et tempérés que dans les climats chauds (*Voy. MENSTRUATION*), que l'on n'en est pas moins réduit à des conjectures. Il en est de même à l'époque de la ménopause, lorsque les règles cessent de se montrer naturellement et sans accidents, à un âge peu avancé. Il est alors d'autant plus difficile de décider si l'aménorrhée est physiologique ou pathologique, qu'il peut survenir des troubles morbides dans les deux cas.

Lorsque, au fait de l'absence des règles, se joignent les phénomènes morbides que j'ai rappelés, il ne saurait y avoir de doute sur l'existence d'une véritable



aménorrhée; et si alors les signes de l'anémie s'observent en même temps, l'aménorrhée constituera avec elle une forme de CHLOROSE.

La recherche de la cause de l'aménorrhée est le point capital de son diagnostic; car, cette cause une fois bien déterminée, toutes les incertitudes cessent sur l'existence même de l'aménorrhée. Parmi ces causes, l'obstruction organique des voies génitales, lorsqu'il est permis d'en faire l'examen, est la plus péremptoire. Ces obstacles, dus à un vice de conformation congénital ou accidentel, sont : l'adhérence des grandes lèvres ou de l'orifice externe de la vulve, l'imperforation complète ou insuffisante de l'hymen, la soudure des parois opposées du vagin, ou de la muqueuse du vagin avec l'orifice du col utérin, l'imperforation de ce col lui-même, ainsi que Fournet en a rapporté un exemple (*Union méd.*, 1856), et l'absence de vagin et d'utérus, comme l'a constaté Raciborski (*Gaz. des hôpit.*, 1865). Dans ces différentes conditions, à l'aménorrhée se joignent les signes de la RÉTENTION du flux menstruel, qui provoquent l'exploration des voies génitales. Cette exploration peut révéler aussi, comme obstacle organique à l'écoulement des règles, une antéversion très-prononcée de l'utérus. En dehors de ces causes directement appréciables, il en est une foule d'autres auxquelles on a très-gratuitement attribué l'aménorrhée, et qu'il est inutile par conséquent de rappeler. Il faut en excepter cependant les vives impressions morales et l'influence du froid, dans les cas de suppression brusque de l'écoulement menstruel, et toutes les influences débilitantes, telles que les scrofules, la tuberculisation, le cancer, ou plutôt l'anémie qui en est la conséquence, comme elle l'est de certaines maladies aiguës plus ou moins prolongées (convalescence de la fièvre typhoïde).

Lorsque l'origine de l'aménorrhée, chez la femme qui a déjà été menstruée, ne pourra être rapportée à aucune des causes précédentes, on devra toujours soupçonner l'existence d'une GROSSESSE. On mettra toutefois hors de cause les premiers temps de la menstruation, où il y a naturellement des retards plus ou moins prolongés dans la réapparition des menstrues. Les commémoratifs et les troubles sympathiques que ressentent la plupart des femmes grosses, pourront mettre sur la voie de la vérité, sans que l'on puisse cependant aller au-delà de certaines probabilités (*Voy. GROSSESSE*). L'erreur est surtout à craindre dans les premiers mois de la gestation, lorsque l'on a affaire à des jeunes filles dont la constitution débilitée peut paraître une prédisposition à l'aménorrhée, et qui ont intérêt à dissimuler leur état de grossesse. Quant à l'aménorrhée de quelques mois, suivie de ménorrhagie, et que Parent-Duchâtelet a signalée comme fréquente chez les filles publiques, on doit se demander s'il ne s'agit pas de véritables avortements, qu'il faut toujours soupçonner lorsque des *règles abondantes* suivent leur suspension.

Si je rappelle que, de l'aveu de plusieurs auteurs, il peut y avoir absence complète des causes appréciables de l'aménorrhée chez un certain nombre de femmes, on ne peut se flatter d'en fixer l'origine dans tous les cas. On ne saurait donc admettre que l'aménorrhée est toujours symptomatique, comme le prétendent certains pathologistes. Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est là une simple opinion qui ne repose pas sur des preuves suffisantes, et qui, par conséquent, ne saurait être ni acceptée ni complètement niée.

A en croire les assertions de beaucoup d'auteurs, l'étude des complications de l'aménorrhée, qu'ils ont multipliées outre mesure, devrait avoir un rôle très-important dans le diagnostic. Mais les phénomènes pathologiques qui accompagnent l'aménorrhée peuvent jouer le rôle de cause ou d'accidents concomitants, aussi bien que le rôle de complications. Tels sont les phénomènes nerveux

se rattachant à l'anémie; telles sont ces *hémorrhagies dites supplémentaires* des règles, que l'on admet encore si souvent sans aucunes preuves, et malgré ce que nous ont appris les recherches anatomo-pathologiques modernes. Je ne nie pas l'existence de ces complications de l'aménorrhée, mais je dénonce la légèreté avec laquelle on les admet souvent sans y être autorisé par les particularités présentées par les malades. Pour être des complications justifiées, les hémorrhagies supplémentaires, qui se font par différentes voies, doivent se répéter périodiquement aux époques présumées des règles, et ne pouvoir être supposées sous la dépendance d'une autre affection.

**3<sup>e</sup> Pronostic.** — Le pronostic de l'aménorrhée considérée en elle-même n'a de gravité que dans certains cas de rétention du sang abandonnés à eux-mêmes. Il ne faut pas, en effet, rapporter à la suspension ou à la diminution notable des règles, les troubles plus ou moins inquiétants qui résultent des affections productrices de l'aménorrhée, affections considérées trop souvent comme effets de cette dernière. Il est évident que l'aménorrhée qui se montre dans la convalescence des fièvres graves, et en particulier à la suite de la fièvre typhoïde, n'a aucune influence fâcheuse, puisqu'elle peut, au contraire, faciliter le retour des forces par le défaut de déperdition sanguine. J'ai vu reparaitre le flux menstruel, chez une jeune personne, onze mois seulement après le début d'une fièvre typhoïde grave, dont elle était très-bien rétablie depuis longtemps.

**AMERTUME.** — L'amertume que les malades accusent quelquefois dans la bouche ou le pharynx coïncide ordinairement avec un enduit plus ou moins épais de la langue et les autres signes de l'embarras GASTRIQUE. D'autres fois, l'amertume provient de la régurgitation d'une petite quantité de liquide bilieux dans l'arrière-gorge, ou de l'expulsion par le vomissement de matières renfermant une plus ou moins grande quantité de bile. Enfin une amertume insupportable ressentie à la gorge, après l'ingestion d'un médicament, peut mettre sur la voie d'une erreur pharmaceutique, lorsque de la strychnine ou du sulfate de quinine, par exemple, ont été pris pour d'autres substances.

**AMPHORIQUES (Phénomènes).** — L'air qui circule dans des cavités beaucoup plus vastes que les voies aériennes normales, soit dans un point du poumon, soit surtout dans la plèvre par une perforation pleuro-pulmonaire, et les bruits qui rentrent dans cet air accumulé, produisent, à l'auscultation, les phénomènes appelés *amphoriques* parce qu'ils semblent se passer dans une amphore ou bouteille vide.

**1<sup>o</sup> Caractères.** — Ces résonnances, ordinairement graves, du *souffle respiratoire*, de la *voix* et de la *toux*, prennent souvent un caractère *métallique* ou *argentin*, comme si les phénomènes acoustiques se passaient dans une cavité métallique. Il s'y joindrait accidentellement, suivant quelques auteurs, des bruits du même timbre, qui ne se produiraient plus dans l'intérieur des cavités dont il est question, mais dans des parties voisines, et qui viendraient retentir dans ces cavités elle-mêmes. Tels seraient les *bruits respiratoires* voisins de la cavité pleurale dans le pneumo-thorax (Saussier, *Thèse*, 1841), les *battements du cœur* (Barth, *Union méd.*, 1850), de simples mouvements de *déglutition*, et la *percussion* de la poitrine pendant l'auscultation (Trousseau). Mais ces dernières particularités se rapportent principalement aux résonnances métalliques, dont je m'occuperai ailleurs (*Voy. MÉTALLIQUES [Phénomènes]*).

**2<sup>o</sup> Conditions pathologiques.** — On a cru pendant longtemps, depuis Laennec, que les phénomènes amphoriques, qui ne sont pas toujours au complet, ne se rencontraient que dans les cas de *pneumo-thorax*, ou dans ceux de *vastes cavernes pulmonaires*. Mais on est forcé de reconnaître aujourd'hui

qu'ils peuvent se produire aussi, non-seulement dans une vaste cavité, mais encore au niveau d'une *tumeur pulmonaire* rapprochée de la surface du poumon (Woillez), et au niveau du *poumon condensé* par les épanchements pleurétiques abondants, et sans doute aussi par d'autres causes analogues. J'ai publié en 1852 (*Arch. de méd.*, t. XXIX) une observation qui démontre l'existence de la respiration amphorique limitée au niveau d'une tumeur compacte, isolée au milieu du tissu pulmonaire sain. D'un autre côté, Barthéz et Rilliet ont, l'année suivante, communiqué à la Société médicale des hôpitaux (*Archives de méd.*, 1853, t. I) un travail très-intéressant, basé sur six observations dans lesquelles le poumon, condensé et comprimé par un épanchement pleurétique considérable, donnait lieu, à son niveau, à la production du bruit respiratoire amphorique, sans excavation pulmonaire. Et comme à cette respiration amphorique se joignait quelquefois du gargouillement semblable à celui perçu au niveau des cavernes tuberculeuses, on comprend toute l'importance séméiologique de leur Mémoire. Béhier en a confirmé les conclusions (*Arch. de méd.*, 1854, t. IV) en rapportant deux nouvelles observations analogues de respiration amphorique dans la pleurésie. Le fait que j'ai observé démontre que cette maladie n'est pas la seule condition pathologique du phénomène; car si, dans mon observation, il existait d'un côté un épanchement pleurétique (avec une énorme tumeur fibro-plastique), comme Rilliet et Barthéz le rappellent dans une note de leur Mémoire, le même bruit amphorique de la respiration était également entendu dans le poumon du côté opposé *exempt d'épanchement*, et seulement au niveau de la tumeur isolée dont j'ai parlé. Cette dernière condition de la respiration amphorique doit donc être acceptée comme une des origines anatomiques de ce bruit anormal. Quant à la condition physique de la production du phénomène, Barthéz, Rilliet et Béhier sont d'accord pour l'attribuer à la transmission, avec expiration, du bruit produit dans la trachée et les grosses bronches à travers le tissu pulmonaire condensé. La même explication peut s'appliquer à mon fait, dans lequel la tumeur remplaçait le poumon condensé par compression; cela est si vrai, qu'à son niveau on percevait manifestement deux bruits, qui furent constatés par le docteur Louis : une respiration amphorique, transmise sans doute par la tumeur, et un bruit moelleux de respiration vésiculaire se passant certainement dans la couche de tissu pulmonaire sain, interposé entre la tumeur et les parois thoraciques. Le retentissement de la voix, suivant la remarque de cet éminent observateur, était double aussi : très retentissante profondément, et naturelle superficiellement. La discussion qui suivit la lecture du Mémoire de Barthéz et Rilliet à la Société de médecine des hôpitaux de Paris démontra que plusieurs observateurs avaient rencontré des faits analogues aux leurs. Hardy rattacha les phénomènes à l'induration pulmonaire, et principalement à la *pneumonie chronique*; Barthéz dit les avoir constatés dans des cas de tumeurs solides (anévrisme de l'aorte et tuberculisation des ganglions bronchiques), ce qui venait confirmer le fait que j'avais précédemment publié.

3<sup>e</sup> *Signification*. — Lorsque l'on percevra à l'auscultation de la poitrine des phénomènes amphoriques (respiration ou souffle amphorique, et résonnances métalliques), on devra rapprocher de l'existence de ces phénomènes les autres données diagnostiques de la maladie, pour déterminer la lésion anatomique existante.

S'il y a coïncidence du souffle amphorique et des résonnances métalliques, cette coïncidence doit immédiatement faire admettre l'existence d'une vaste cavité dans laquelle circule l'air, et qui est due à une *perforation pulmonaire* ou à une très-vaste *caverne tuberculeuse*. Dans le cas de perforation, il y a

invasion subite d'une douleur vive et d'une dyspnée prononcée, la poitrine a un son tympanique en général étendu, et parfois la succussion produit le *mat de flot* caractéristique; il y a alors hydro-pneumothorax. Dans le cas de caverne très-étendue dans le poumon, il n'y a pas eu invasion subite d'accidents oraciques aigus, mais le malade est à une période très-avancée d'une phthisie almonaire, et le son tympanique, s'il existe, n'est pas très-étendu. J'insiste sur cette particularité de diagnostic différentiel que les bruits métalliques d'auscultation, quoique non constants dans les deux affections dont je viens de parler, *se s'observent qu'avec elles*; quand on les rencontrera, l'on ne pourra donc pas avoir affaire à une tumeur ou à une pleurésie, avec épanchement et souffle amphorique limité. Dans les cas de pleurésie, d'ailleurs, les antécédents, l'étendue de la matité à la percussion du côté affecté, sauf dans le point où se produit le souffle amphorique et qui est souvent le siège d'un son tympanique prononcé, vont éviter l'erreur. Cependant lorsque, au souffle amphorique sans résonances métalliques se joindra du gargouillement (Barthez et Rilliet), et que ces signes seront localisés dans la région sous-claviculaire, on pourrait croire à l'existence d'une caverne tuberculeuse qui n'existe pas. La possibilité du fait devra rendre réservé pour le pronostic en pareille circonstance.

Quant aux tumeurs isolées dans le poumon, condition anatomique extrêmement rare, on pourra en admettre la présence chez un sujet préalablement atteint, dans d'autres parties du corps, d'une tumeur susceptible de généralisation, si, dans un point limité de la poitrine, on constate à la fois : à la percussion, une *résonnance tympanique* contrastant avec le son normal des autres arties du thorax; et à l'auscultation, une *résonnance amphorique* du bruit expiratoire, sans résonances métalliques, et sans qu'il y ait pleurésie avec épanchement (Voy. PLEURÉSIE, PNEUMOTHORAX, TUMEURS de la poitrine et MÉTALLIQUES [Bruits]).

**AMYGDALES** — Ces deux glandes, situées de chaque côté de l'isthme du gosier, reposent entre les piliers du voile du palais sur un plan résistant qui fait que, lorsqu'elles augmentent de volume, elles se développent l'une vers l'autre de manière à se toucher parfois complètement, tout en conservant une certaine mobilité, et à empêcher l'exploration du pharynx. D'autres fois, au contraire, étant d'un très-petit volume, elles sont presque masquées par le voile antérieur correspondant du voile du palais.

Les amygdales, ou tonsilles, participent aux *lésions* locales qui caractérisent les diverses espèces de PHARYNGITES, et leur inflammation constitue la lésion caractéristique de la pharyngite dite *tonsillaire*. Elles peuvent être le siège d'abcès consécutifs, de *plaques muqueuses* ou d'*ulcérations* syphilitiques, de tumeurs diverses, et d'une *hypertrophie* ordinairement attribuée soit à une constitution scrofuleuse, soit à des inflammations successives.

Les amygdales fournissent des *signes* utiles au diagnostic dans l'amygdalite primitive ou symptomatique. Ce sont : la douleur spontanée, ordinairement légère; la douleur provoquée par le passage de l'air et surtout par la déglutition; cette dernière espèce de douleur est souvent le premier signe de l'affection des amygdales, et son intensité présente des degrés très-variables, qui sont loin d'être toujours en rapport avec l'intensité des lésions locales. Le timbre de la voix est sensiblement modifié par le volume exagéré des amygdales; la voix a un caractère guttural particulier, dont la résonnance est comme empêchée par la présence d'un corps étranger dans le pharynx. Un flux parfois très-abondant des glandes salivaires accompagne assez souvent aussi les inflammations aiguës des amygdales. Mais ces différents signes seraient insuffisants

pour le diagnostic, si l'on n'avait recours à l'exploration directe des parties.

Cette *exploration* s'opère principalement à l'aide de la vue, en faisant ouvrir largement la bouche au malade et en abaissant la langue au besoin (*Voy. PHARYNX*). On juge ainsi du *volume* des amygdales, de leur *couleur*, des *inégalités* de leur surface, de l'existence des *concrétions* blanchâtres et comme *caséuses* qui occupent des lacunes de ces glandes, et qu'il faut se garder de confondre avec les véritables *fausses membranes diphthériques* grisâtres, minces et transparentes, qui peuvent y être limitées, ou que l'on peut y apercevoir en même temps que sur le voile du palais ou à la paroi postérieure du pharynx. Par la vue, l'on constate également les *abcès*, et surtout les *ulcérations* diverses dont ces glandes sont le siège. Mais il peut arriver que l'inspection de l'isthme du gosier soit rendue impossible par suite de l'intensité de l'inflammation étendue jusqu'au voisinage du muscle ptérigoidien interne, ce qui s'oppose à un écartement des mâchoires suffisant pour l'exploration. Il faut alors, si faire se peut, *palper* les amygdales avec l'indicateur introduit entre les arcades dentaires jusqu'à l'isthme du gosier; on juge ainsi du gonflement, de la consistance et, s'il en existe, de la *fluctuation* des amygdales. A plus forte raison pourra-t-on avoir recours à cette *palpation* directe des amygdales, lorsque l'écartement des mâchoires sera facile. .

**AMYGDALITE.** — *Voy. PHARYNGITES.*

**AMYLOÏDE** (Dégénérescence). — C'est une forme d'induration, appelée ainsi par Virchow, mais qui n'est autre chose que la *dégénérescence lardacée* ou *cireuse*.

**ANALGÉSIE.** — *Voy. ANESTHÉSIES.*

**ANAMNÉSTIQUES.** — *Voy. EXAMEN DES MALADES.*

**ANAPHRODISIE.** — Elle consiste dans l'*absence de désirs vénériens*, et n'a de valeur que lorsqu'elle est réunie au défaut d'érection du pénis, pour constituer l'*IMPUISSANCE* (*Voy. ce mot*).

**ANASARQUE.** — On admet généralement deux variétés de l'hydropisie du tissu cellulaire sous-cutané, l'anasarque et l'œdème, qui ne diffèrent d'aspect que par la généralisation ou la localisation de l'infiltration séreuse. Cependant la généralisation de l'hydropisie sous-cutanée dans l'anasarque ne doit pas être prise dans un sens absolu; car il faut admettre qu'elle existe aussi lorsqu'une infiltration œdémateuse se montre simultanément ou successivement dans différentes parties éloignées les unes des autres. De plus, un œdème, local d'abord, peut devenir général et multiple, et n'être qu'un premier degré d'anasarque. Il me paraît donc nécessaire de comprendre par le mot anasarque non-seulement les infiltrations séreuses généralisées ou localisées dans plusieurs régions à la fois, mais encore tout œdème, d'abord isolé, dû à l'une des causes générales dont il sera parlé plus loin.

1° *Caractères.* — L'infiltration qui constitue l'anasarque se produit d'une manière rapide ou lente. — Dans le premier cas, l'anasarque est dite *aiguë*: elle peut envahir tout le corps en un ou deux jours, ou seulement se montrer en divers points du corps, aux extrémités inférieures, aux paupières, aux mains, aux membres supérieurs, etc. La peau des parties infiltrées peut avoir une teinte naturelle ou rosée, rouge ou bleuâtre, et, si la distension est excessive, être élastique et reprendre son relief primitif après avoir été comprimée; cette pression est quelquefois douloureuse. Dans le cas le plus ordinaire d'infiltration non excessive, la pression des doigts laisse son empreinte sur les téguments, qui ne reprennent que lentement leur premier niveau. — Dans l'anasarque chronique, la peau est un peu pâle, mate, indolente à la pression, qui y laisse son



plainte marquée; les parties infiltrées ont quelquefois un certain degré de transparence, si le tégument est mince et infiltré lui-même; d'autres fois l'épiderme est épaissi, rugueux par suite d'une exfoliation épidermique, lorsque l'anasarque est ancienne; et, dans ce dernier cas, la peau peut se couvrir de taches lacées ou se fendiller en crevasses qui laissent en partie écouler la sérosité, qui sont suivies de cicatrices blanches, analogues à celles que présente l'abdomen des femmes qui ont eu des enfants. Tels sont les signes locaux de l'anasarque, qui est toujours plus prononcée vers les parties déclives du corps. — Lorsque, dans sa marche aiguë ou chronique, elle affecte, comme je l'ai rappelé plus haut, la plus grande étendue du tissu cellulaire sous-cutané, elle se comporte d'hydropisie internes, en général moins considérables que l'externe.

Dans les cas où l'anasarque débute comme un œdème dû à une cause locale, dans une seule partie, il faut rechercher avec soin si, vers la partie interne des membres ou dans les parties voisines des régions qui supportent habituellement le poids du corps dans le décubitus, on ne trouve pas d'autres points envahis par l'infiltration séreuse; elle peut échapper alors à la vue et n'être sensible qu'à la pression, les doigts restant imprimés dans le pli de peau qu'ils pressent. L'anasarque qui débute par les extrémités inférieures a ordinairement une marche continuellement envahissante, ce qui démontre qu'elle ne tient pas à une cause locale dès qu'elle s'étend à des parties de la moitié supérieure du corps.

En dehors de ces caractères de l'hydropisie qui constitue l'anasarque, il en existe d'autres dans les différents organes; mais ils dépendent des conditions physiologiques dans lesquelles se montre cette hydropisie, et non de l'anasarque elle-même.

La tuméfaction qui résulte de l'anasarque ne saurait être confondue avec le gonflement rapide, plus ou moins étendu, et ordinairement congestif qui résulte de certains empoisonnements, ni avec l'emphysème sous-cutané, qui a pour son lieu à une sensation de craquement caractéristique, ni avec l'éléphantiasis, facilement reconnaissable à une hypertrophie monstrueuse localisée dans une partie affectée, ni enfin avec le sclérème, dans lequel la peau, dure et résistante, ne se laisse nullement déprimer. Cependant j'ai rencontré une anasarque produite par une maladie du cœur, et dans laquelle les membres inférieurs, distendus par l'infiltration, offraient presque la résistance du bois.

**Conditions pathologiques.** — Si l'on admettait, avec certains observateurs, que toute anasarque révèle l'existence d'une maladie de Bright, on n'aurait qu'à signaler cette dernière affection comme unique condition pathologique de l'anasarque, qui, dès lors, serait toujours due à la désalbuminisation du sang résultant de la perte de son albumine par les urines. Mais cette opinion radicale n'est pas généralement admise, des faits contradictoires plus ou moins légitimes ont été observés, d'anasarque sans perte d'albumine par les urines. Il n'est pas possible du moins de nier que la maladie de Bright ne soit une cause habituelle de l'anasarque. Les affections du cœur avec gêne de la circulation, les lésions graves du poumon, certaines rétentions d'urine avec distension de la vessie, enfin certaines altérations du sang, doivent aussi être considérées comme autant d'origines de l'anasarque, ainsi qu'on va le voir.

**a. — Anasarque dans la maladie de Bright.** — L'anasarque est un signe qui doit toujours faire rechercher immédiatement s'il y a de l'albumine dans les urines; car, jointe à l'albuminurie bien constatée, elle est une des bases principales du diagnostic de la maladie de Bright. Cependant il est admis que l'albuminurie peut exister sans anasarque dans la maladie de Bright, et même que la mort peut survenir avant que l'hydropisie sous-cutanée se montre; mais ce sont des

faits exceptionnels, et l'anasarque n'en constitue pas moins un des principaux signes de la maladie.

Dans la maladie de Bright aiguë, l'anasarque peut être *rapidement générale* ou multiple; et ici deux cas peuvent se présenter : ou bien l'anasarque survient rapidement *sans maladie préalable*, ou bien elle apparaît *dans le cours d'une maladie fébrile* préexistante.

Dans le premier cas, où l'anasarque se montre d'emblée, elle débute avec la fièvre et l'albuminurie, ordinairement à la suite de l'*action du froid* sur le corps couvert de sueur, de l'exposition prolongée au *froid* et à l'*humidité*, ou de l'*ingestion de boissons glacées* après un exercice actif. L'anasarque apparue dans ces conditions est rapidement considérable, et parfois avec injection manifeste de la peau. Elle révèle alors d'une manière évidente, aux yeux de la plupart des observateurs, la maladie de Bright aiguë, dite primitive ou *idiopathique*. Cependant on doit douter qu'il en soit toujours ainsi. D'abord Bizot (de Genève) et Thierfelder ont rencontré l'anasarque fébrile aiguë comme signe de véritable *aortite*; Chomel a vu une *hémorrhagie considérable du péricarde* s'accompagner également d'une anasarque rapide; et quoique, dans ces faits divers, l'état des urines n'ait pas été indiqué, ils n'en doivent pas moins fixer l'attention. D'un autre côté, l'on a admis comme primitive, indopathique ou *simple*, c'est-à-dire comme une maladie à part, l'anasarque aiguë qui survient dans les conditions de refroidissement indiquées plus haut, et avec absence d'albumine dans les urines. H. de Castelnau, notamment, a observé deux faits de cette espèce (*Arch. gén. de méd.*, 1844, t. V, p. 141), sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Lorsque l'anasarque caractérisant la maladie de Bright aiguë survient dans le cours d'une maladie fébrile, cette anasarque, jointe à la présence de l'albumine dans les urines, a la même importance; mais rarement l'infiltration est aussi rapidement généralisée que dans les faits dont il vient d'être question. C'est surtout dans le décours de la scarlatine qu'on l'observe. Sans rappeler les autres maladies et la grossesse, dans lesquelles l'anasarque et l'albuminurie se rencontrent (*Voy. BRIGHT*), je mentionnerai ce fait que, dès le siècle dernier, l'anasarque des femmes enceintes a été rattachée à l'éclampsie, avant que ces deux phénomènes, anasarque et éclampsie, aient été rapprochés de leur cause la moins contestée : l'albuminurie.

Pour établir que l'anasarque est un signe de maladie de Bright, l'examen des urines est donc indispensable dans tous les cas d'anasarque ou d'œdème dont on veut déterminer l'origine. C'est ce qu'a fait, dans un but scientifique, Simpson, qui a constaté ainsi l'albuminurie chez deux enfants atteints de sclérème (dont l'anasarque est un élément habituel); et il en a conclu, sans que le fait ait été vérifié depuis, que le sclérème avait la plus grande analogie avec l'anasarque albuminurique (*Monthly Journ. of med. sc.*, 1852). Si de semblables recherches tendent à agrandir l'influence de la maladie de Bright, considérée comme origine de l'anasarque, elles peuvent servir aussi à en préciser les limites. C'est ainsi que Barthéz et Rilliet ont constaté, deux fois au début et sept fois dans la convalescence de la *fièvre typhoïde* des enfants, une anasarque sans urines coagulables, et qui a été suivie de guérison dans tous les faits observés (*Traité des mal. des enfants*, 1853, t. II, p. 707). Chez l'adulte, des faits semblables ont été rencontrés par le docteur Leudet, qui a démontré que cette anasarque, indépendante de toute lésion rénale, apparaissait en général à la deuxième ou à la troisième semaine de la maladie, pour disparaître, sans offrir de gravité, en deux ou trois semaines (*Arch. gén. de méd.*, 1858, t. XII).

L'absence de toute recherche relative à la présence de l'albumine dans l'urine, dans les faits d'anasarque plus ou moins anciennement publiés, ou l'insuffisance de ces recherches, ne permet pas de déterminer, dans ces faits, la véritable cause de l'hydropisie sous-cutanée. Telles sont, entre une foule de cas inutiles à énumérer, les anasarques remarquables par leur analogie avec celle de la maladie de Bright aiguë qui ont été signalées dans la forme hydropique du BÉRIBÉRI et les anasarques observées par Genest (*Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XIX) comme symptôme le plus fréquent de l'ACRODYNIE.

b. — *Anasarque des maladies cardiaques et pulmonaires.* — J'ai rappelé plus haut que l'anasarque était quelquefois symptomatique d'une aortite ou d'une hémorrhagie du péricarde; mais ce sont là des faits très-rares. Presque toujours, l'anasarque qui dépend des organes centraux de la circulation est produite par des obstacles au cours du sang, dus à des lésions anatomiques des orifices cardiaques. Dans les faits de cette espèce, l'anasarque est quelquefois considérable, lorsque l'obstacle au cours du sang est très-prononcé; d'autres fois l'infiltration séreuse est peu marquée, mais multiple. Suivant Martin Solon, l'infiltration sous-cutanée se distinguerait ici par une résistance des tissus bien moindre que dans la maladie de Bright. — Il faut rapprocher de l'anasarque due aux maladies du cœur celles qui résultent des troubles profonds survenus dans les organes respiratoires, troubles qui sont dus à une lésion qui gêne la circulation du sang à travers les poumons, comme les rétrécissements des orifices du cœur la gênent à travers les cavités de cet organe. L'anasarque survenant par le fait de l'obstacle au cours du sang dans les maladies pulmonaires est momentanée ou permanente, comme la cause qui la produit. Les congestions pulmonaires dans les maladies du cœur, les bronchites généralisées, surtout avec emphysème pulmonaire, les tubercules ayant envahi la plus grande partie des poumons, l'ostéomalacie par la gêne mécanique qu'elle apporte à la respiration comme aux fonctions du cœur, peuvent déterminer ces anasarques.

c. — *Anasarque par rétention d'urine.* — Lorsqu'on ne peut expliquer l'anasarque par les causes précédentes, il faut rechercher si la vessie ne forme pas une tumeur globuleuse au-dessus du pubis. La certitude de cause à effet entre cette tumeur et l'anasarque est démontrée par la disparition de l'anasarque après l'évacuation de l'urine par le cathétérisme. Ce qui peut tromper en pareil cas, c'est que la rétention d'urine n'est pas absolue, et que l'émission de l'urine n'est qu'entravée ou diminuée. L'atonie de la vessie, un calcul, le plus souvent une maladie de la prostate déterminent cette condition pathologique de l'anasarque. C'est ce qui ressort d'un Mémoire de Bourgeois (d'Etampes) sur deux faits de ce genre (*Acad. de méd.*, 1855), d'une leçon clinique de Trousseau (1865) et de deux faits observés par Davreux à Liège (*Le Scalpel*, 1865).

d. — *Anasarque par altérations du sang.* — Les altérations du sang, qui sont le point de départ de l'anasarque et des autres hydropisies, ne sont pas toutes parfaitement connues. La principale paraît être celle que Andral et Garret ont indiquée : la diminution de l'albumine du sang. Cette désalbuminisation du sang est évidente dans la maladie de Bright, ou plutôt par le fait de l'albuminurie qui l'accompagne; les deux observateurs que je viens de citer, en effet, l'ont directement constatée et ont vu l'albumine du sang reprendre sa proportion normale à mesure que l'albumine des urines diminuait ou disparaissait de ce liquide (*Rech. sur les modifications de proportion de quelques principes du sang*, 1840, p. 93). Mais il n'y a pas toujours un rapport évident entre la quantité d'albumine perdue et le degré de l'anasarque, puisque, dans certaines albuminuries très-aiguës, une anasarque énorme se montre quelquefois

en vingt-quatre heures, dès le début de la maladie. La désalbuminisation ne suffit donc pas, quoi qu'on en ait dit, pour expliquer tous les cas d'anasarques avec albuminurie. Quant à l'anasarque sans albuminurie, il n'est pas complètement démontré que la diminution de l'albumine du sang en soit l'origine. C'est ce que l'on peut dire aussi des faits d'anasarques qui succèdent à la *dyssenterie* et aux *diarrhées chroniques*, principalement chez les enfants; car on n'est nullement autorisé à considérer en pareil cas, avec le docteur Chiara (*Thèse*, Montpellier, 1847), les évacuations alvines comme une cause de spoliation du sang de son albumine, analogue à celle que produit l'albuminurie dans la maladie de Bright. Le même doute existe pour l'anasarque qui dépend de l'anémie, et dont H. de Castelnau (*loc. cit.*) a rapporté des exemples; on peut en rapprocher les faits de Barthéz et Rilliet et de Leudet dont il a été question plus haut. Cependant Devilliers fils et Regnaud, dans leur Mémoire sur les hydropisies des femmes enceintes (*Arch. de méd.*, 1848, t. XVI), ont essayé de démontrer que l'anasarque sans albuminurie des femmes enceintes dépendait d'une diminution de l'albumine du sang. Ils rapportent que le sang de 25 saignées, pratiquées à différentes époques de la grossesse, contenait en moyenne 68,6 d'albumine sur 1,000 parties de sang dans les sept premiers mois, et 66,4 seulement dans les deux derniers mois, la proportion normale étant de 70 pour 1,000 chez la femme hors l'état de gestation. Ces résultats intéressants montrent bien que l'albumine du sang diminue de quantité durant la grossesse, mais non qu'il y a eu relation évidente entre cette diminution et l'anasarque ou l'œdème des femmes en état de gestation. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour résoudre complètement le problème de la désalbuminisation du sang dans les anasarques des sujets anémiques exempts d'albuminurie, que l'anémie soit simple (obs. IV de H. de Castelnau), ou bien qu'elle dépende de maladies fébriles graves (fièvre typhoïde), ou des états complexes dénommés *cachexies*.

3° *Signification.* — Il y a un fait qui domine la question séméiologique de l'anasarque : c'est le doute relatif à l'existence de l'anasarque primitive ou idiopathique. Malheureusement, et malgré les raisons données par les partisans comme par les adversaires de l'existence de ce genre d'anasarque, le doute persiste, faute de faits suffisamment probants. Dans cet état de choses, il y aurait de l'inconvénient à adopter l'anasarque idiopathique comme positivement démontrée. Depuis que Bouillaud a signalé les obstructions vasculaires veineuses comme causes d'hydropisie, n'a-t-on pas dû rattacher l'anasarque, non-seulement à la maladie de Bright, mais encore aux maladies du cœur, à l'anémie, à la désalbuminisation du sang? L'aortite n'a-t-elle pas été signalée aussi comme origine de l'anasarque fébrile? Pourquoi, dès lors, au lieu d'affirmer que l'anasarque est idiopathique en dehors de ces conditions, ne pas admettre, avec un point de doute qui provoque des investigations nouvelles, qu'elle est due à un état pathologique encore inconnu?

L'hydropisie sous-cutanée généralisée ou multiple qui constitue l'anasarque doit dès lors être considérée toujours comme symptomatique, pour que l'on ne néglige pas de rechercher avec soin l'existence des causes connues. D'après ce que j'ai exposé plus haut, on peut trouver l'origine de l'anasarque : 1° dans un obstacle au cours du sang au niveau des organes centraux de la circulation ou de la respiration; 2° dans l'altération du sang qui résulte de la diminution de son albumine éliminée par les urines, élimination dont la coïncidence avec l'anasarque démontre l'existence de la maladie de Bright; 3° en l'absence de l'albuminurie, que l'on doit rechercher dans tous les cas d'anasarque ou même d'œdème, dans un état du sang encore inconnu dans sa nature et qui paraît,

est un certain nombre de cas, se rattacher à un état d'anémie simple ou d'anémie cachectique; 4° enfin, avec un point de doute, à l'aortite, si elle était indépendante de l'albuminurie dans les faits observés.

Lorsqu'une infiltration séreuse sous-cutanée sera assez limitée pour faire croire à un simple œdème, on admettra qu'il y a réellement anasarque dans le cas que je lui ai donné, si l'une des causes que je viens de rappeler est manifeste, et si l'on constate, au contraire, l'absence de toute cause locale telle qu'une lésion veineuse ou une maladie du foie. (Voy. ALBUMINURIE, ŒDÈME).

**ANÉMIE.** — On a distingué avec raison l'anémie partielle de l'anémie générale; mais je n'ai à m'occuper ici que de cette dernière. Elle peut se manifester anatomiquement par trois états différents du sang : 1° par la diminution de la masse sanguine normale; 2° par la diminution de ses globules rouges ou hématies (aglobulie); 3° par l'augmentation relative ou absolue de la partie aqueuse du sang. L'étude de l'anémie n'exige pas d'être faite à part pour chacune de ces divisions.

L'anémie devrait à la rigueur être considérée comme un symptôme. Mais, comme elle constitue par elle-même un état complexe bien défini, dont les caractères nombreux se retrouvent dans tous les cas, et que cet état morbide peut résulter de simples influences hygiéniques, il y a nécessité de la considérer aux divers points de vue que les maladies proprement dites.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les signes de l'anémie sont très-nombreux, et leur proportion est très-variable chez les différents malades. Ils peuvent être ainsi résumés :

A l'extérieur : la *décoloration* ou la *pâleur* des téguments de la face, de la poitrine et de toutes les autres parties du corps et des muqueuses visibles; une *langueur générale*. — Du côté de l'appareil circulatoire : *pouls* petit et faible, *sensibilité au froid*, *lipothymies* ou *syncopes*, *palpitations fréquentes*, *congestions passagères* vers la tête ou d'autres parties du corps; — du côté de l'innervation : *sensation vague* dans la tête, *douleurs névralgiques* variées, principalement à la tête, au crâne et au tronc, où elles sont fréquemment dorso-intercostales et se font spécialement, chez beaucoup de sujets, au niveau de la *région sous-mammaire gauche*; *tendance au sommeil*, qui est ordinairement très-prolongé la nuit, *fourmillements*, *engourdissements* dans les membres, *abattement*, *plus ou moins de convulsions*, *paralysies* des muscles ou de la sensibilité (AMAUROSE, SORDITÉ, ANESTHÉSIE); — vers les organes respiratoires : *anhélation* facile, *apnée spontanée*; — vers les organes digestifs : *douleurs gastralgiques*, *dyspepsie*, *constipation*, rarement *coliques* et *météorisme*.

L'exploration du sang démontre qu'il est moins coloré, plus séreux que dans l'état normal, et que son écoulement par les voies naturelles ou artificielles est quelquefois presque incoercible; son caillot est couenneux (Andral). — A l'auscultation : *souffle doux* au premier temps à la base du cœur, se prolongeant dans les vaisseaux du cou, souffle parfois musical ou ronflant, intermittent ou continu, dont la valeur comme signe a été discutée et contestée dans ces dernières années, comme nous le montrerons tout à l'heure.

2° *Inductions diagnostiques.* — Pour reconnaître l'existence de l'anémie, première question à résoudre, on a égard à l'état actuel, aux commémoratifs et aux particularités qui se rattachent au diagnostic différentiel.

Relativement à l'état actuel, il arrive fréquemment que la seule inspection du malade fait immédiatement soupçonner l'anémie; l'expression languissante de la physionomie, la pâleur des téguments et surtout celle des muqueuses apparentes, des lèvres, de la langue, sont, en effet, les premiers signes remarquables.



On est ainsi conduit à rechercher les autres signes du côté des organes circulatoires et du côté de l'innervation, sous la dépendance desquels il faut placer les troubles respiratoires et digestifs. Les phénomènes que l'on constate alors ne laissent aucun doute sur l'existence de l'anémie, si elle existe réellement. Mais il ne faut pas oublier que l'ensemble des signes rappelés plus haut, et qui sont les mêmes pour toutes les formes d'anémies que je rappellerai plus loin, varient du plus au moins, pour le nombre et pour l'intensité relative, suivant les sujets. Jusqu'à ces derniers temps, on avait admis que les souffles et bruits musicaux cardio-vasculaires étaient les signes qui avaient le plus de valeur; mais cette opinion, déjà ancienne, a été contestée, et des recherches plus complètes sembleraient en restreindre la signification.

L'anémie vraie (diminution de la quantité normale du sang) n'a, suivant Potain, qu'une part restreinte à la production de ces souffles, et tend plutôt à les atténuer, tandis que l'aglobulie et l'hydrémie contribuent à les faire naître : d'abord parce que le sang plus ténu vibre mieux; en second lieu parce qu'il traverse plus rapidement les capillaires. L'impulsion cardiaque, le degré de dilatation des capillaires, les dispositions plus ou moins favorables de la paroi du vaisseau, l'arrangement des parties molles qui l'entourent et de l'instrument explorateur, sont autant de conditions qui favorisent ou empêchent la production du souffle (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. ANÉMIE, t. IV).

Le souffle carotidien ne doit donc plus, suivant Potain, servir à faire diagnostiquer l'anémie, car il se produit par des causes secondaires, comme la position superficielle de l'artère, la pression du stéthoscope, l'énergie ou la brusquerie des contractions cardiaques, toutes conditions indépendantes de l'anémie. Il n'en est pas de même des bruits veineux continus ou intermittents qui sont de très-bons signes d'aglobulie ou d'hydrémie. De son côté, Parrot a émis la même idée, en considérant toutefois les bruits veineux comme se rattachant à l'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire droit ou tricuspide, insuffisance qui serait démontrée par le pouls veineux des jugulaires (*Voy. VASCULAIRES [Bruits]*).

Cependant Bondet combat cette interprétation des bruits vasculaires anémiques, qu'il croit être artériels et dépendre d'un rétrécissement de l'orifice aortique. Ce rétrécissement, par la comparaison de cet orifice à celui de l'artère pulmonaire, serait de 8 à 20 millimètres, et résulterait d'un phénomène de pure élasticité, comme le retrait des parois artérielles noté par Vernois dans l'anémie. Pour Bondet, le fait maintes fois constaté est pour lui incontestable (*Gaz. méd. de Lyon*, 1867). Quoi qu'il en soit, les bruits anémiques vasculaires n'existent pas dans tous les cas d'anémie incontestables.

Si je ne parle pas de la diminution des globules du sang comme signe pathognomonique de l'anémie et par conséquent comme signe le plus important, c'est que, d'un côté, la constatation en est difficile et le plus souvent même impossible, puisque l'on ne saurait extraire du sang de la veine sans nuire au malade; et, d'un autre côté, en supposant le sang obtenu, l'analyse en est trop compliquée pour qu'on la donne comme un moyen à employer (*Voy. SANG*).

L'état actuel, que l'on constate par l'examen des malades, démontre souvent l'existence d'une cause alors persistante d'anémie : une *hémorrhagie* à laquelle on assiste, la *grossesse*, l'*allaitement* mal réglé, le plus souvent une *maladie* plus ou moins ancienne, comme je le rappellerai tout à l'heure.

Les commémoratifs, comprenant l'étiologie, la marche antérieure de la maladie, et quelquefois les résultats du traitement déjà suivi, viennent éclairer ou confirmer le diagnostic de l'anémie. — L'interrogatoire révèle presque toujours des particularités étiologiques qui expliquent l'apparition de l'anémie. Tantôt ces



éléments diagnostiques se trouvent dans l'intérieur des os, surtout dans l'intérieur des os des excès vénériens. L'anémie des ouvriers mineurs de chir. prat., 1865, t. II) comme la conséquence de l'humidité, du défaut de lumière, d'un air imparfaitement renouvelé, de mauvaise nourriture et d'alcooliques. Jourdanet (*Le Mexique et l'Amérique tropicale*, 1864) a décrit une anémie des altitudes (mal des montagnes) qu'il attribue à la soustraction de l'oxygène du sang par la diminution de pression barométrique. Enfin, vant Corlieu, le séjour prolongé au milieu d'une lumière artificielle trop produirait l'anémie par l'action désoxygénante de cette lumière. Dans ces diverses circonstances, l'anémie est dite idiopathique. Dans les autres conditions, tantôt la cause de l'anémie est accidentelle (une hémorrhagie par exemple, tantôt elle résulte d'une maladie antérieure plus ou moins grave. Dans ce dernier cas, la maladie qui doit être considérée comme l'origine de l'anémie est quelquefois disparue, laissant subsister l'anémie après elle; d'autres fois, cette maladie persiste encore. Les maladies aiguës prolongées ou qui atteignent profondément l'économie (la fièvre typhoïde dans nos contrées, par exemple), les maladies constitutionnelles (scrofules, syphilis constitutionnelle, scorbut, intoxications, etc.), et la plupart des maladies chroniques avec troubles fonctionnels, lésions graves d'organes essentiels à la vie, avec hémorrhagie répétées, fluxions, pertes d'une grande abondance, s'accompagnent ou sont suivies d'anémie. On a admis une anémie produite par l'alcoolisme. — La marche antérieure des accidents, l'invasion subite ou graduelle, suivant la cause, des phénomènes chroniques, sont des circonstances dont il faut aussi tenir compte. — Enfin les résultats d'un traitement antérieur, l'amendement qui a suivi l'emploi des toniques et surtout des ferrugineux, et l'aggravation qui est au contraire résultée de l'usage des débilitants, fournissent encore des données qui peuvent être utilisées.

Le diagnostic différentiel de l'anémie présente une grande importance en raison de ce fait, qu'il arrive fréquemment que certains signes ou symptômes particuliers sont prédominants par rapport aux autres, et attirent plus spécialement l'attention. Il en résulte que l'on confond alors facilement l'anémie existante avec les maladies dont ces signes ou symptômes observés sont la principale expression. Les palpitations et les syncopes ont pu faire croire à une affection organique du cœur, principalement chez les femmes qui ont en même temps une douleur névralgique sous-mammaire gauche; les troubles digestifs ont fait assez souvent supposer une lésion de l'estomac; ceux de la respiration, joints à l'altération générale des autres fonctions, une phthisie pulmonaire; l'amaurose, l'affaiblissement musculaire, les convulsions, une lésion des centres nerveux. Dans la plupart des cas, de semblables méprises sont cependant faciles à éviter par l'interrogatoire et un examen complet du malade, qui permettent de grouper les éléments suffisants pour arriver au diagnostic. Toutefois, il y a des circonstances où il est difficile de se prononcer. Relativement à la phthisie, par exemple, Rilliet a insisté avec raison, mais un peu trop peut-être, sur les cas de chlorose avec fièvre, sueurs profuses, amaigrissement progressif rapide, puis séche, parfois même hémoptysie(?), et que l'on pourrait d'autant plus facilement confondre avec la phthisie pulmonaire, que celle-ci ne donne pas toujours à son début à des signes locaux caractéristiques. Rilliet admet pourtant qu'il d'avoir constaté à plusieurs reprises la pureté de la respiration et le bruit de souffle carotidien (lisez veineux) pour que le diagnostic soit fixé, et que l'on



à la chlorose, ce que vient ordinairement confirmer la guérison (*Arch. gén. de méd.*, 1855, t. V).

Il ressort de ce qui précède que, tout en arrivant à la constatation de l'anémie, on peut déterminer en même temps sa véritable origine, qui n'échappe à l'investigation que dans des cas tout à fait exceptionnels. Cette détermination du caractère simple ou symptomatique de l'anémie est la question culminante de son diagnostic; mais elle n'est pas le seul complément de la constatation de l'anémie elle-même. Sa forme et le degré auquel elle est parvenue sont des particularités qu'il ne faut pas perdre de vue.

Les formes de l'anémie dépendent, d'une part, de la cause qui la produit, et, d'autre part, de l'absence ou de la prédominance de certains signes, d'où résulte une physionomie variable de l'affection. Nous n'insisterons que sur les formes principales qui en résultent; je ne ferai par conséquent que mentionner l'anémie des ouvriers mineurs, et celle qui est si fréquente parmi les populations des cités populeuses, qu'à Londres elle est désignée par une dénomination particulière : *asthenia londinensis*.

Pour beaucoup de médecins, la chlorose n'est qu'une forme particulière d'anémie, différant de l'anémie simple uniquement par l'existence des troubles menstruels; pour d'autres, ce sont deux affections bien distinctes. Mais il faut convenir que, lorsque l'on étudie les faits avec attention à ce dernier point de vue, l'on n'y trouve pas les caractères différentiels absolus qui ont été signalés. — Une forme d'anémie qui ne dépend plus d'une cause particulière, mais qui se rattache au contraire à des origines diverses, est celle qui existe, non-seulement sans décoloration de la face, mais avec la coloration parfois prononcée des joues. Cette dernière particularité induit trop souvent en erreur pour ne pas être rappelée; elle suffit quelquefois pour faire négliger de rechercher les autres signes de l'anémie, qui peuvent exister pour la plupart et expliquer les troubles observés. Il est donc essentiel de penser à la rechercher. Cette forme d'anémie, dont l'existence est incontestable, et, dont j'ai, pour ma part, observé un assez grand nombre d'exemples, notamment en province, où elle m'a paru être plus fréquente qu'à Paris, a été dénommée *anemia fortiorum*. Le traitement tonique et ferrugineux, qui l'améliore ou la guérit, est une sorte de pierre de touche qui sert à confirmer le diagnostic. Cette variété d'anémie, qui peut se montrer chez les femmes enceintes, explique comment on a si longtemps confondu cette anémie, signalée dans ces derniers temps dans le cours de la grossesse, avec la pléthore sanguine, en attribuant à cette dernière le souffle cardiaque, les bouffées de chaleur à la face, et son injection accidentelle. Cela ne veut pas dire, toutefois, que l'on doit nier l'existence d'une véritable pléthore dans certains cas. L'ensemble des phénomènes observés et comparés permettra de se prononcer (*Voy. PLÉTHORE*). — On peut aussi considérer à part, comme une forme particulière d'anémie, celle qui, au lieu de s'accompagner de petitesse du pouls, est caractérisée au contraire par une ampleur et une dureté des pulsations artérielles, ce qui a lieu de surprendre, chez des sujets manifestement anémiques d'ailleurs, si l'on tient compte des autres signes de l'affection. Cette particularité singulière a été signalée par Beau (*Traité d'auscultation*, p. 440), et sa réalité ne saurait être mise en doute; mais elle a été trop généralisée par cet auteur. Pour les autres observateurs, en effet, l'anémie avec pléthore séreuse est un fait exceptionnel, dont la nature anémique est d'ailleurs démontrée par l'influence heureuse d'un traitement tonique et surtout ferrugineux.

Le degré auquel est arrivée l'anémie est encore un fait à déterminer dans le cours du diagnostic de l'anémie; mais il ne nécessite nullement une investiga-



particulière, attendu qu'il ressort à la fois et de l'ancienneté des accidents émiques et de l'ensemble même des signes constatés, qui sont d'autant plus nombreux et d'autant plus fortement accusés que l'anémie est plus avancée.

On doit considérer comme une *complication* de l'anémie les accidents congestifs vers la tête, dus, suivant Nélaton (*Gaz. des hôp.*), à la cessation brusque des hémorragies habituelles chez certains sujets anémiques. J'ai vu à l'hospice des vieillards un fait confirmant cette manière de voir; c'est celui d'un vieillard qui, quatre heures après une abondante épistaxis évaluée à plus d'un litre de sang, fut subitement atteint d'une hémorragie cérébrale à laquelle il a succombé le lendemain. D'autres symptômes déjà mentionnés peuvent également, par leur prédominance excessive qui les met en relief, être considérés comme des complications. Telles sont certaines *paralysies partielles*, des *convulsions*, etc. L'hystérie a été considérée comme précédée forcément d'anémie, ce qui est trop discuté. Une complication de l'anémie, plus généralement admise, est celle des hémorragies par l'utérus (*chloro-anémie ménorrhagique*) ou par d'autres voies, et qui proviennent de la fluidité extrême du sang. Ces hémorragies, véritables complications anémiques, jouent secondairement le rôle de cause, en maintenant l'anémie qui est leur point de départ. L'anémie, poussée à l'extrême, peut-elle produire seule une cachexie? C'est ce que les faits connus ne permettent pas de décider.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — A moins que l'anémie ne soit extrême et rapide, ce qui est rare, elle n'entraîne pas la mort par elle-même. Lorsqu'elle est symptomatique d'une maladie grave, d'une cachexie cancéreuse, tuberculeuse, etc., elle contribue puissamment à hâter le terme fatal. Je crois inutile d'insister sur les signes pronostiques de l'amélioration ou de l'aggravation de l'anémie, et qui résultent de la diminution ou de l'accroissement des symptômes, sous le rapport de leur intensité et de leur nombre.

**ANESTHÉSIES.** — 1<sup>o</sup> *Caractères*. — La diminution ou l'abolition de la sensibilité de la peau, des muscles, des os, des nerfs et des organes des sens spéciaux (vue, ouïe, odorat, goût), est le caractère essentiel des anesthésies. Celle de la peau est la plus importante, avec les anesthésies des organes des sens dont a été question aux mots AMAUROSE, GOUT, ODORAT, SURDITÉ.

L'anesthésie de la *peau* a des caractères complexes qu'il ne faut pas perdre de vue, comme l'a montré Gerdy, en signalant les éléments multiples dont se compose la sensibilité cutanée (*Physiol. philosoph. des sensations*, 1846). Ainsi, lorsqu'on dit que l'anesthésie est complète ou incomplète, on peut le comprendre de deux manières : ou bien la sensibilité, prise dans son ensemble, est plus ou moins obtuse ou abolie, ou bien il n'y a d'affecté que telle ou telle autre modalité sensitive de la peau : la sensation de contact, celle de la douleur ou celle de la température. On peut, en effet, ramener avec Landry (*Arch. gén. de méd.*, 1852) aux trois chefs précédents, toutes les sensations tactiles dont on a pu constater l'abolition isolée. Briquet, qui a fait une étude si complète des anesthésies dans son excellent *Traité de l'hystérie* (Paris, 1859), considère comme accessoires les sensations de douleur et de température. — La sensation de *contact* peut être abolie seule, et le malade ressentir parfaitement la douleur provoquée par des piqûres ou des pincements, ainsi que les sensations de froid et de chaud, dans les parties où le contact cesse d'être perçu. Pour apprécier les plus faibles degrés de l'anesthésie de contact, Weber a proposé un instrument basé sur ce qui est connu, que la double sensation du contact des deux pointes d'un compas ne se perçoit qu'à un certain degré d'écartement de ces pointes. Le degré de cet écartement nécessaire pour arriver à la perception de la double sensation donne

exactement la mesure du degré de sensibilité de la peau, si l'on a soin de voiler les yeux des malades pendant cette recherche. — La sensation de la *douleur* provoquée par piqure ou pincement peut, de son côté, cesser d'être perçue, et les autres sensations tactiles persister. C'est à Beau que l'on doit d'avoir signalé, dans un très-intéressant Mémoire (*Arch. gén. de méd.*, 1848), cette abolition isolée de la sensation de la douleur provoquée, et qu'il a dénommée *analgésie*; seulement, comme l'ont fait remarquer Landry et Briquet, on ne saurait considérer l'anesthésie de contact comme entraînant nécessairement celle de la douleur, car l'une ou l'autre peuvent se constater isolément. Il peut même arriver qu'il y ait, dans le même point de la peau, analgésie ou suppression des sensations de douleur, et, au contraire, exaltation des sensations de contact et de température, ainsi que nous l'avons constaté nous-même chez un malade à l'hôpital Saint-Louis. — L'anesthésie des sensations de température peut aussi exister isolément. Si l'on touche la peau avec un corps froid ou chaud, le malade peut ne pas sentir la température relativement froide ou chaude de ce corps, dans une partie qui reste en même temps parfaitement sensible au contact et aux sensations douloureuses.

Il est fréquent de voir ces diverses espèces d'anesthésie cutanée se combiner entre elles, et constituer par leur coïncidence l'anesthésie complète. Je dois ajouter que ces anesthésies cutanées occupent une surface plus ou moins étendue, parfois très-limitée, et que, dans d'autres cas, elles sont presque générales, dans des conditions que je rappellerai tout à l'heure.

L'anesthésie des *muscles*, presque toujours accompagnée de celle de la peau, rend les malades insensibles à une forte pression, à des piqures profondes, ou à l'excitation sensitive par l'électricité. Cette anesthésie entraîne l'abolition du sentiment appelé *sens musculaire* par Ch. Bell, *sentiment d'activité musculaire* par Gerdy, et qui n'a été bien étudié que dans les derniers temps. Landry, en 1852, et Duchenne (de Boulogne), en 1855 (*Électrisation localisée*), ont publié leurs premières recherches sur ce sujet important. Dans un Mémoire plus récent (*Arch. gén. de méd.*, 1858-1859), Duchenne rappelle que les sujets privés de la sensibilité musculaire perdent, lorsqu'on les empêche de voir, la faculté d'exécuter leurs mouvements volontaires, tout en croyant faire ceux qu'on leur commande, et quelquefois, suivant Briquet, en exécutant des mouvements précisément en sens opposé. Quand le malade peut au contraire se servir de la vue, les mouvements s'exécutent avec leur régularité et leur puissance normale; et, circonstance remarquable, si l'on voile leurs yeux pendant cette contraction normale et qu'on les engage à cesser tout mouvement, la contraction persiste d'abord, et cesse seulement après quelques secondes (Duchenne). Cette anesthésie musculaire peut se rencontrer isolée, comme les autres espèces d'anesthésie.

Les *os*, qui sont habituellement très-sensibles à l'excitation électrique (Duchenne), peuvent cesser complètement de l'être, ce qui n'arrive ordinairement que lorsque l'anesthésie cutanée est très-prononcée. Cette anesthésie est d'ailleurs peu importante à constater dans la pratique.

L'anesthésie, considérée en général, se développe d'une manière latente ou s'annonce par des fourmillements, des picotements, des élancements. Elle est très-rarement généralisée à tous les téguments et aux organes des sens; elle peut occuper une moitié du corps et les muqueuses voisines de la peau du même côté, mais les anesthésies plus limitées sont les plus communes. L'anesthésie est accidentelle et passagère, ou continue, et alors parfois persistante pendant un très-long temps; elle est différente par son degré d'intensité, depuis le simple

engourdissement jusqu'à la perte la plus absolue de la sensibilité. La constatation de l'anesthésie ne peut d'ailleurs donner lieu à aucune confusion diagnostique, à moins qu'elle ne soit simulée (*Voy. SIMULATION*).

2° *Conditions pathologiques.* — Le médecin a peu d'attention à accorder aux engourdissements anesthésiques passagers que produit la compression accidentelle et momentanée d'un nerf ou des vaisseaux d'un membre; mais il en est autrement d'une anesthésie de quelque durée, quelles que soient sa forme et sa cause. Dans ce cas, il est d'autant plus indispensable de rechercher la condition pathologique de l'anesthésie, que ces conditions sont extrêmement nombreuses et très-souvent importantes à établir.

Ce sont d'abord les lésions traumatiques des *troncs nerveux* qui se distribuent aux parties anesthésiées, et les lésions anatomiques des *centres nerveux*, circonstances dans lesquelles l'anesthésie, liée souvent à la PARALYSIE MUSCULAIRE, n'a qu'une valeur secondaire. Il y a cependant de ces anesthésies qui ne s'accompagnent pas de paralysies connexes des mouvements, et ce sont celles dont je dois surtout m'occuper ici. L'*hydrocéphalie chronique* peut déterminer une anesthésie locale de cette espèce, ainsi que la *méningite* dite tuberculeuse. Dans la *congestion de la moelle*, il y a quelquefois anesthésie d'un côté du corps et au contraire exaltation de la sensibilité de l'autre. L'insensibilité absolue ou l'engourdissement, avec ou sans fourmillements, au niveau de la peau des deux extrémités inférieures, est aussi un des principaux symptômes de la *myélite*; mais on voit, à la variété des conditions pathologiques, que cette paralysie de la sensibilité ne peut être considérée comme un signe pathognomonique de la maladie. Il est rare d'ailleurs qu'à l'anesthésie ne se joignent pas d'autres signes ou symptômes, ou des commémoratifs, qui en indiquent la véritable origine pathologique.

Pareille chose, la concomitance d'autres signes distinctifs, a lieu surtout pour les affections, plus faciles à diagnostiquer, qui sont caractérisées anatomiquement par des lésions dans d'autres organes que les centres nerveux ou leurs dépendances. L'*œdème des nouveau-nés*, par exemple, s'accompagne d'une anesthésie incomplète; et, selon Aran, il existerait quelquefois dans la *pleurésie*, la *péritonite*, à leur période de décroissance plutôt que dans celle d'acuité, une anesthésie des parties des téguments correspondant très-nettement aux membranes séreuses enflammées; il aurait constaté aussi, dans la *phlegmatia alba dolens*, une insensibilité analogue sur le trajet des branches du nerf crural (Aran, *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, avril 1853). Mais, dans cette dernière circonstance, il ne faut pas oublier que l'oblitération veineuse est elle-même une cause d'obtusion plus générale de la sensibilité du membre correspondant. Enfin, sans prétendre faire une énumération complète des lésions spontanées qui produisent l'anesthésie, je rappellerai encore les *gangrènes* par oblitérations artérielles ou autres, qui s'accompagnent toujours de perte de la sensibilité extérieure, combinée parfois avec des douleurs spontanées extrêmement vives.

La détermination des conditions organiques de l'anesthésie, ordinairement facile dans ces diverses circonstances, présente plus souvent des difficultés dans les cas où la lésion matérielle de l'appareil nerveux fait défaut, ou du moins lorsque l'étude des symptômes fait conclure qu'une lésion de cette espèce n'existe pas. Il faut alors songer à une *altération du sang* ou bien à une *névrose* comme condition pathologique de l'anesthésie.

L'anémie, les intoxications, les cachexies, sont fréquemment le point de départ de ces anesthésies singulières, que j'ai énumérées comme distinctes à propos de

la sensibilité cutanée, et qui n'affectent qu'une ou deux des sensations tactiles. C'est ici que se rencontre fréquemment l'analgésie de Beau.

Les anesthésies *anémiques* sont extrêmement fréquentes. Rarement l'obtusion de la sensibilité est générale, ainsi que j'en ai observé un exemple chez une femme, à la suite d'un abus prolongé d'évacuations sanguines, et qui offrait cette obtusion non-seulement au niveau de la peau et de tous les organes des sens, mais encore au niveau des muscles ; il existait de plus un engourdissement remarquable du côté des fonctions cérébrales et motrices. Le plus ordinairement, l'anesthésie n'est pas générale. Elle est erratique dans les *pertes séminales involontaires* ; elle est localisée dans les régions les plus diverses dans l'anémie franche, ou dans celle qui succède à la diphthérie ou à d'autres maladies aiguës. J'ai été consulté par une jeune dame chez laquelle il n'existait qu'une chloro-anémie entretenue par un traitement débilitant et des menstrues trop abondantes ; or, elle offrait une anesthésie complète des parties génitales externes et internes qui la rendait insensible aux approches de son mari depuis plusieurs mois. Dans le décours de la *diphthérie*, Bretonneau a signalé la paralysie de la sensibilité des doigts des pieds, et Maingault, dans son excellent Mémoire sur les paralysies diphthériques, a rappelé toutes les variétés d'anesthésies qui ont été observées, et qui présentent ceci de remarquable qu'elles sont ordinairement précédées et accompagnées de paralysie du voile du palais, ou de paralysie générale due à la même cause.

Les *intoxications* sont une source d'anesthésies qu'il serait impossible de spécialiser, attendu qu'elles comprennent tous les modes d'insensibilité que j'ai cités, et cela dans les régions et les organes les plus différents. Quoique toutes les intoxications soient autant d'origines d'anesthésie, celles dues aux préparations *saturnines*, à l'abus des *alcooliques*, à l'*ergot de seigle* (dans laquelle l'anesthésie occupe principalement les extrémités), aux *inhalations du sulfure de carbone*, méritent une mention spéciale : la première surtout, qui est la plus fréquente dans nos contrées, et qui est assez souvent méconnue.

Les *cachexies*, qui offrent tant d'analogie à la fois avec l'anémie et les intoxications, s'accompagnent aussi toutes d'anesthésies variées. Enfin, d'autres altérations du sang déterminent encore l'obtusion ou l'abolition de la sensibilité. C'est d'abord la *pléthore*, que j'ai vue donnant lieu, dans les membres, à des engourdissements qui se dissipaient par une saignée, à mesure que le sang s'écoulait au dehors. C'est ensuite l'*asphyxie*, dans laquelle l'anesthésie signalée depuis longtemps, mais plus particulièrement par Faure, Demarquay, etc., a été récemment considérée comme constante dans la période asphyxique du croup par Bouchut. Les recherches de Faure ont démontré que l'anesthésie due à l'asphyxie se développait des extrémités vers le tronc, puis vers la poitrine, et enfin que l'œil était l'organe où la sensibilité s'éteignait en dernier, de même que c'était dans un ordre inverse, d'abord au niveau de l'œil et en dernier lieu aux extrémités inférieures, que le retour de la sensibilité s'effectuait. La dilatation de plus en plus grande de la pupille annonçait les progrès de l'anesthésie, et la persistance de la dilatation extrême lui a semblé un des meilleurs signes de la mort réelle (*Voy. ASPHYXIE*). L'anesthésie asphyxique, qui n'est que temporaire si l'asphyxie est elle-même arrêtée dans sa marche, doit être rapprochée des paralysies du mouvement qui ont été notées par plusieurs observateurs comme conséquences de l'asphyxie (Bourdon, *Thèse*, 1843).

Parmi les névroses qu'il faudrait presque toutes énumérer comme pouvant s'accompagner ou se compliquer accidentellement d'anesthésie, je citerai en particulier les *névralgies*, à la suite desquelles la sensibilité est quelquefois abolie,

omme elle est, d'autres fois, exaltée. Mais on peut affirmer qu'il n'existe aucune maladie dans laquelle les anesthésies les plus variées se montrent aussi fréquemment que dans l'hystérie. On sait que, pour Gendrin, il n'y a même pas d'hystérie sans anesthésie cutanée partielle. Mais on doit reconnaître que cette proposition est trop absolue, sans que l'on comprenne que Sandras ait pu la admettre complètement. On doit admettre avec Briquet que l'anesthésie cutanée est un signe fréquemment observé dans l'hystérie. Henroz, Macario et Mesnet, dans leurs thèses, et Aug. Voisin, dans un Mémoire lu à la Société de médecine de Paris (*De l'anesthésie cutanée hystérique*, 1858), ont tous vérifié cette fréquence. Selon Briquet, l'anesthésie hystérique peut frapper toute la surface du corps, ou se borner à une partie très-limitée, comme un pied, une jambe, une portion de peau du dos, un œil, etc. Elle peut n'intéresser que la superficie de la peau, ou bien frapper toute l'épaisseur d'un membre. Il est fort ordinaire de rencontrer l'anesthésie de tout un côté du corps, depuis la tête jusqu'aux pieds, au même temps que l'insensibilité des organes des sens du même côté. Mais, quelle que soit son étendue, l'anesthésie n'occupe jamais que les parties innervées par les nerfs provenant de l'encéphale ou du prolongement rachidien. Aussi l'anesthésie du tronc ne pénètre jamais dans les cavités splanchniques, tandis qu'aux membres elle peut en frapper toute l'épaisseur, depuis la peau jusqu'aux os. Il y a plus, ce trouble de la sensibilité n'affecte jamais que les extrémités périphériques des nerfs. L'observation constate que le tronc et les cordons principaux d'un nerf dont les expansions sont anesthésiées conservent toute leur sensibilité et toute leur excitabilité, les expansions seules étant frappées d'insensibilité (Briquet, *Traité de l'hystérie*, 1859, p. 274). Cette dernière remarque s'accorde avec les curieuses observations du docteur Faure sur l'anesthésie asphyxique, qu'il a vue toujours affecter d'abord la périphérie ou les extrémités des nerfs avant de gagner les parties centrales de l'appareil nerveux. Quoi qu'il en soit, l'anesthésie hystérique n'est pas également fréquente dans toutes les formes de la maladie. Elle est rare dans l'hystérie non convulsive, et dans la forme convulsive sans perte de connaissance. C'est donc principalement lorsqu'il y a hystérie avec convulsions et perte de connaissance au début des accès convulsifs, que l'anesthésie se remarque. Pour Gendrin, la perte de la sensibilité est même toujours la suite de ces attaques. Aug. Voisin a compté 13 malades se trouvant dans cette dernière condition, sur 15 qui avaient des attaques de convulsions, et il en conclut que l'anesthésie, considérée dans l'hystérie, suppose une attaque avec perte de connaissance. Il a aussi rencontré des faits dans lesquels il y avait anesthésie dans certaines régions et hyperesthésie dans d'autres; mais cette coïncidence n'est pas particulière à l'hystérie (Voy. HYPERESTHÉSIE). Briquet a fait observer que, lorsque l'anesthésie est très-étendue, il y a une céphalalgie générale, gravative, très-persistante et très-intense, qui semble indiquer que le point de départ du mal est bien dans le cerveau. Ce qui peut expliquer jusqu'à un certain point les dissidences des observateurs au sujet des anesthésies hystériques, c'est le peu de durée de ces phénomènes à la suite des premières attaques, et leur persistance prolongée, même pendant plusieurs années, succédant à des attaques répétées (Aug. Voisin). L'anesthésie hystérique s'offre d'ailleurs, ai-je dit, sous toutes les formes que j'ai précédemment indiquées, soit au niveau de la peau ou des organes des sens, soit au niveau des muscles; et le plus souvent, ainsi que Briquet l'a signalé, c'est la moitié gauche du corps qui est le siège de l'anesthésie.

On doit rapprocher des névroses les anesthésies partielles qui coïncident avec certaines affections cutanées, comme celle décrite sous le nom de PACHYDERMA-

TOCÈLE par Valentine Mott, de New-York (*Med. chir. Transact.*, 1855), la pellagre, l'éléphantiasis des Grecs, le bouton d'Alep, etc.

3° *Signification.* — Lorsque l'on a constaté une anesthésie complète ou incomplète, se compliquant ou non d'anesthésie d'un ou de plusieurs sens, tantôt étendue à une moitié du corps, à un membre, tantôt à une région plus limitée, parfois même très-restreinte, il faut immédiatement en rechercher l'origine. L'anesthésie, quels que soient ses caractères propres, ne peut par elle-même éclairer le médecin sur la cause qui la produit, s'il ne tient pas compte des conditions dans lesquelles la diminution ou l'abolition complète de la sensibilité est apparue. La recherche des antécédents, et la constatation des phénomènes concomitants au moment de l'examen du malade, le mettront ordinairement sur la voie. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit précédemment de ces éléments du diagnostic ; les conséquences relatives à la signification de l'anesthésie en découlent d'elles-mêmes. On recherchera successivement si l'anesthésie, qui dénote une atteinte assez profonde de l'appareil nerveux, se rattache à l'un des états pathologiques que j'ai rappelés. L'anémie et l'hystérie, chez la femme jeune ou qui est encore dans la force de l'âge, sont les conditions étiologiques les plus fréquentes.

Le siège de l'anesthésie a une grande valeur comme donnée qui simplifie le diagnostic, dans un certain nombre de cas. Dans l'hystérie, c'est presque toujours du côté gauche du corps, ai-je dit, que siège l'altération anesthésique, limitée ou étendue, de la sensibilité ; Briquet l'a trouvée limitée à gauche dans la proportion de 139 contre 36, c'est-à-dire comme 4 est à 1, et occupant plus souvent les membres supérieurs que les inférieurs, dans la proportion de 5 contre 3 (*loc. cit.*, p. 281). Occupant les deux extrémités inférieures, l'anesthésie est un des principaux signes de la paraplégie ; tandis que, limitée à un seul des membres pelviens, elle est loin d'avoir une signification aussi grave.

Bornée à l'un des côtés de la face, la perte de la sensibilité constitue la *paralysie du trifacial* (5° paire), ou l'*anesthésie faciale*. Elle est quelquefois circonscrite à l'une des régions qui correspondent à une des branches principales du nerf trifacial (nerf ophthalmique, nerf maxillaire supérieur, ou maxillaire inférieur) ou à l'une des branches secondaires. Cette anesthésie se complique quelquefois de *paralysies musculaires* locales, telles que celles du buccinateur, et des muscles élévateurs de la mâchoire (Jobert). Elles détournent quelquefois le médecin du véritable diagnostic, de même que l'*ophtalmie*, l'*opacité de la cornée*, le *ramollissement des membranes*, et même la *fonte de l'œil*, constatés par Jobert. On cherchera, après avoir constaté cette anesthésie, à remonter à sa cause : *névralgie violente* (Marchal) ; *lésions organiques* de la partie intra-crânienne du nerf de la 5° paire ; *hystérie*. Dans cette dernière affection, presque toujours l'anesthésie occupe le côté gauche de la face.

Le degré d'intensité des phénomènes d'anesthésie ne peut pas être d'un grand secours pour le diagnostic étiologique ; il est clair seulement que, plus ces phénomènes sont accentués, complets et durables, plus la cause doit avoir influé profondément sur l'appareil nerveux. — Quant à la recherche des *lésions matérielles* des nerfs, de la moelle épinière ou de l'encéphale, elles produisent d'autres troubles symptomatiques auprès desquels, je l'ai dit, l'anesthésie est complètement secondaire. Une simple congestion du cerveau ou de la moelle épinière peut-elle donner lieu à l'anesthésie d'un membre, par exemple ? C'est ce qui n'est pas encore parfaitement établi. Le docteur Verneuil m'a dit avoir constaté, chez un homme robuste, une simple anesthésie d'un des membres pelviens, sans aucune gêne des mouvements, et qui aurait été pré-

cédée d'une céphalalgie accidentelle, sans aucun autre trouble cérébral. Peut-on voir ici autre chose qu'une simple congestion?

Le pronostic de l'anesthésie est ordinairement peu grave, à moins que la perte de la sensibilité ne soit le signe d'une grave lésion nerveuse. En dehors de cette condition, elle cesse le plus souvent assez promptement. Elle est plus rebelle lorsqu'elle est très-étendue, et elle cède alors plus difficilement aux moyens employés pour la combattre, que lorsqu'elle est limitée.

**ANÉVRYSMES.** — On ne donne plus le nom d'anévrysmes à l'hypertrophie du cœur avec dilatation. On isole aujourd'hui comme distincts ces deux états morbides (*Voy. HYPERTROPHIE, DILATATION du cœur*), tout en réservant le mot anévrysme pour les dilatations partielles du cœur, et des lésions particulières des artères.

Après avoir dit quelques mots des anévrysmes partiels du cœur, je traiterai du diagnostic de ceux de l'aorte, en rapprochant d'eux au besoin les anévrysmes des artères secondaires contenus dans les cavités pectorale et abdominale. Je ne m'occuperai pas ici des anévrysmes des grosses artères du cerveau, sur lesquels Gouguenheim a publié un excellent travail (*Thèse de doctorat, Paris, 1866*), et dont le diagnostic sera mieux traité à l'article TUMEURS (cérébrales). Quant aux anévrysmes des artérioles du cerveau, qui ont été signalés dans ces dernières années, j'en parlerai à propos du ramollissement cérébral.

Les anévrysmes intra-thoraciques et abdominaux doivent être divisés d'après leur siège anatomique; car c'est la considération la plus utile à leur diagnostic pratique. Ils peuvent occuper le cœur, l'aorte, certaines artères secondaires du tronc dont je parlerai à propos des anévrysmes de l'aorte, et enfin l'artère pulmonaire. Je ne connais qu'un seul fait de l'anévrysme de cette dernière artère, rapporté par Cotton (*Med. Times and gaz.*, 1866); il l'avait observé chez un phthisique arrivé au troisième degré et mort à la suite d'une hémoptysie abondante due à la rupture d'un petit anévrysme en gourde, occupant la paroi d'une cavité de la base du poumon droit. Je ne reviendrai pas sur ces anévrysmes exceptionnels de l'artère pulmonaire.

Les anévrysmes ont des signes communs : tumeur, battements expansifs, bruits anormaux, auxquels je n'ai pas à m'arrêter, vu les différences que ces phénomènes séméiologiques présentent suivant le siège de la lésion. La marche des accidents, souvent latente au début, est ordinairement très-lente, et n'offre aucune donnée utile au diagnostic. Il en est à peu près de même des causes des anévrysmes; cependant les *exercices violents*, les *excès alcooliques* et les *violences extérieures* ne sont pas des particularités indifférentes, surtout lorsqu'elles ont été immédiatement suivies d'accidents qui marquent le début de la maladie (douleur vive, dyspnée).

#### I. Anévrysmes partiels du cœur.

Ces anévrysmes ont été étudiés par Cruveilhier, Rokitansky, Thurnam, Hartmann (de Strasbourg), mais principalement sous le rapport anatomo-pathologique. Quoique ces anévrysmes forment parfois à l'extérieur du cœur une saillie égale à celle du cœur lui-même, et qu'on ait pu rassembler jusqu'à 84 observations pour en étudier les particularités (Thurnam), on n'a constaté aucun symptôme autre que ceux des maladies du cœur considérées d'une manière générale (*Voy. CŒUR [Maladies du]*); en sorte que le diagnostic de cette affection était considéré comme impossible lorsque, en 1857, Aran lut à la Société médicale des hôpitaux son intéressante observation d'anévrysme vrai partiel du ventricule gauche du cœur (*Union méd.*, 1857). Jusque-là, le début de l'anévrysme partiel du cœur était seulement signalé comme étant parfois subit, et caractérisé



par les signes qui font soupçonner la rupture du cœur lorsqu'elle n'est pas immédiatement suivie de mort ; mais on voit que cette particularité ne peut jeter aucune lumière sur la question. Aran, dans le fait qu'il a si bien observé, signalait des particularités séméiologiques importantes que l'on pourrait rencontrer dans des cas analogues, et qui, par conséquent, méritent d'être rappelées, quoique l'auteur lui-même ait pensé qu'on ne devait pas les observer dans tous les cas d'anévrysme vrai du cœur. Ce sont :

1° Une *matité* d'une forme allongée dans le sens transversal, ne remontant pas ou remontant très-peu supérieurement, différente par conséquent de la matité de l'hypertrophie avec dilatation, et de celle de la péricardite ;

2° Une *impulsion* dont la force varie aux divers points de la matité : plus faible à l'extrémité gauche (simple *soulèvement*), plus forte aux environs de la partie moyenne du cœur (véritable *choc*), et contrastant avec la *faiblesse extrême des bruits du cœur* et le caractère *filiforme du pouls* ;

3° Un *ralentissement* dans les contractions du cœur, présentant cette particularité de diminuer et de disparaître par le repos, mesurant, en quelque sorte, l'aggravation des accidents ;

4° Des *bruits anormaux* ou murmures, dans le point où l'impulsion est à son maximum de force.

## II. Anévrysmes de l'aorte intrapectorale.

Quoique les anévrysmes des différentes portions de l'aorte aient des signes qui leur soient communs, ils diffèrent par trop de particularités lorsqu'ils siègent 1° à l'aorte ascendante ou à sa crosse, 2° au niveau de l'aorte pectorale descendante, 3° au niveau de l'aorte abdominale, pour que je ne traite pas séparément de leur diagnostic dans ces trois points différents. C'est d'ailleurs la marche la plus pratique à suivre, puisque les signes physiques de ces affections se constatent dans trois régions différentes pour les trois variétés : en avant de la poitrine pour les anévrysmes de la crosse ; en arrière, au niveau de la lésion dorsale, pour ceux de l'aorte descendante ; et au niveau de l'abdomen pour ceux de l'aorte abdominale. Les divisions scolastiques, essentielles à connaître d'ailleurs, des anévrysmes en vrais, faux, mixtes, etc., constituent des variétés qui ne se manifestent pas toutes par des signes particuliers pendant la vie. Je n'aurai donc qu'à en signaler les caractères différentiels, lorsqu'il en existera.

### A. ANÉVRYSME DE L'AORTE ASCENDANTE ET DE SA CROSSE.

1° *Éléments du diagnostic.* — Le début est ordinairement lent et graduel ; pourtant il n'est pas très-rare qu'à la suite d'une cause traumatique ou d'un violent effort, on constate immédiatement, comme premier élément de diagnostic, une *douleur* de poitrine plus ou moins vive, avec *dyspnée* intense ; mais ce n'est qu'un temps plus ou moins long après ce début que la maladie se manifeste par des signes plus caractéristiques. On doit rechercher ces signes localement, au niveau de l'artère, puis dans des organes voisins et, enfin, dans des organes éloignés.

Parmi les symptômes locaux, il en est deux qui sont immédiatement visibles dans beaucoup de cas ; ce sont : une *tumeur extérieure* plus ou moins étendue, et des *pulsations* à son niveau ; ou bien, en l'absence de tumeur, il y a des pulsations simples, limitées à un ou plusieurs espaces intercostaux, ou au creux sus-sternal. La tumeur peut d'abord être bornée soit à un cartilage, soit à un espace intercostal entre la deuxième côte et la quatrième, à droite du sternum, ou occuper un large espace à droite et au niveau de la moitié supérieure du sternum. Elle a pour caractères extérieurs d'être plus ou moins saillante, ordi-

nairement semi-ovoïde si elle est médiocrement volumineuse, plus arrondie et parfois bosselée si elle a un volume considérable; ce volume peut aller jusqu'à égaler celui de la tête d'un enfant. A son niveau, la peau est tantôt naturelle, tantôt plus ou moins rouge, violacée, amincie, luisante, prête à se rompre. Ces tumeurs présentent une certaine élasticité ou mollesse. — Les battements dont elles sont le siège sont visibles et manifestement *expansifs*, ce qui en constitue un des caractères les plus essentiels. Mais ces battements ou pulsations peuvent exister, *sans qu'il y ait encore de tumeur visible*, à droite de la partie supérieure du sternum, ou au niveau du creux sus-sternal seulement, ou enfin d'un ou de plusieurs espaces intercostaux. — Au niveau de ces pulsations sans tumeur, ou de ces tumeurs elles-mêmes, la percussion donne une *matité* plus ou moins complète, localisée dans les mêmes points, et qui, si elle est assez étendue pour démontrer que l'anévrisme est volumineux, contraste quelquefois, ainsi que je l'ai observé, avec le son tympanique que rend le poumon réduit de volume en dehors des limites de la matité (*Voy. TYMPANISME*). — L'application de la main perçoit l'*expansion* isochrone aux battements, et parfois un *frémissement vibratoire* simple ou double à chaque pulsation artérielle. Par la pression, on pourrait souvent réduire momentanément le volume de la tumeur, et sentir la mobilité, la crépitation ou la solution de continuité des os ou des cartilages qui ont été usés et perforés par elle. Mais l'emploi de ce moyen d'exploration n'est pas sans danger (*Voy. EMBOLIES*), et l'on doit s'en abstenir. A l'auscultation, dans les points correspondants, il y a *absence de tout bruit respiratoire* par suite du refoulement du poumon en dehors; et, à sa place, *bruit sonore*, clair, correspondant au premier bruit du cœur, ou bruit de *souffle*, de *scie* ou de *râpe*, simple ou double, correspondant aux frémissements vibratoires; parfois simple *bruit musical* ou de *piaulement*. Les bruits du cœur restent ordinairement distincts et naturels, à moins de complications du côté de cet organe, ce qui est loin d'être rare. — Dans certains cas, la laryngoscopie peut fournir des renseignements utiles, comme on le verra plus loin. — Enfin le sphygmographe fournit aussi des données importantes de diagnostic.

D'autres symptômes se remarquent en même temps. Parfois il existe une *douleur* du côté droit de la poitrine; elle peut être lancinante, très-intense à l'épaule, et s'irradier dans le côté droit du cou. La *dyspnée* habituelle est prononcée, avec des accès violents d'exacerbation; souvent il y a orthopnée, et toujours une *oppression* plus ou moins forte. Il existe aussi: une *toux sèche* ou avec expectoration muqueuse; un *pouls* variable, et signalé comme souvent *inégal aux deux radiales*, intermittent, et non isochrone avec les battements du cœur; parfois l'*infiltration des extrémités* (plus rarement que dans le rétrécissement des orifices du cœur), des *syncopes*, et d'autres symptômes secondaires, tels que la *céphalalgie*, la *congestion du foie*, d'ailleurs assez rare, etc.; ces symptômes secondaires se rattachent le plus souvent à des phénomènes de compression des organes voisins de l'anévrisme.

Ces phénomènes de compression sont très-importants pour le diagnostic. La compression des veines, et en particulier de la veine cave supérieure (*Voy. VEINEUX [Appareil]*), donne lieu à une *congestion considérable* à la tête et à la face, qui est vultueuse, bouffie, violacée; cette congestion s'étend aux veines du cou, qui sont distendues, au thorax et aux membres supérieurs, qui sont œdématisés. La compression du poumon en masse donne lieu, à son niveau, à un *son tympanique* à la percussion, et à du *souffle bronchique* à l'auscultation, comme je l'ai une fois constaté. Il peut y avoir seulement compression d'un tronc bronchique, ce qui entraîne la *faiblesse* ou l'*abolition* des bruits respi-



*ratoires* dans les parties où il se ramifie ; en même temps la *dyspnée*, dont j'ai parlé plus haut, va quelquefois jusqu'à l'*asphyxie* si la compression s'opère sur la trachée ; il en résulte alors la diminution du *bruit respiratoire* des deux côtés de la poitrine. Des accès de *suffocation* peuvent résulter de la compression de l'artère pulmonaire ; la *dysphagie*, de la compression de l'œsophage ; l'*aphonie* ou l'altération de la voix, de la compression ou du tiraillement du nerf récurrent.

2° *Inductions diagnostiques.* — Tous les symptômes des anévrysmes de la crosse de l'aorte ont une valeur relative dont on trouve à tenir compte suivant les cas. Mais, parmi eux, les signes locaux sont de beaucoup les plus importants pour le diagnostic. Ils sont loin d'ailleurs d'être toujours au complet comme je les ai exposés. La tumeur peut faire défaut, et, dans ce cas, il faut se garder de prendre pour une tumeur commençante la saillie physiologique du cartilage de la deuxième côte droite, qui se rencontre quelquefois (*Voy. INSPECTION DE LA POITRINE*). Les pulsations visibles peuvent aussi manquer ; et, dans les deux circonstances, les résultats de la percussion (matité) et de l'auscultation (bruits anormaux cités), à la partie antérieure de la poitrine et à la *droite du sternum*, sont d'une très-grande valeur.

Les faits les plus embarrassants sont ceux dans lesquels il n'existe que des troubles fonctionnels, comme une grande dyspnée, la dysphagie, l'enrouement ou l'aphonie. Mais ces symptômes prédominants font soupçonner des compressions d'organes voisins de l'anévrysme, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. Mais c'est surtout en discutant le diagnostic différentiel de ces anévrysmes que l'on peut établir la valeur des éléments nombreux du diagnostic.

Les maladies avec lesquelles on peut confondre les anévrysmes de l'aorte ascendante sont celles qui ont avec eux quelques symptômes communs, principalement localisés dans la région thoracique située à *droite de la partie supérieure du sternum*. Ce sont des tumeurs faisant saillie, des battements insolites, des souffles anormaux, et enfin des symptômes de compression des organes intra-thoraciques.

Les *tumeurs extérieures* faisant saillie à la surface de la poitrine peuvent être confondues avec celles des anévrysmes si elles sont le siège de battements ; mais il n'y a que des anévrysmes qui aient des battements *expansifs*, les tumeurs de toute autre nature n'ayant que des battements de soulèvement, et se trouvant d'ailleurs rarement circonscrites dans les limites des anévrysmes. Toutefois elles peuvent y être limitées ; et comme certains anévrysmes aortiques peuvent faire saillie sans avoir de battements expansifs, quand le sang est solidifié dans leur intérieur, on peut alors hésiter à croire à un anévrysme. Moutard-Martin en a rapporté un remarquable exemple à la Société médicale des hôpitaux (1864), ainsi que H. Roger, dont l'observation rare concernait un enfant de dix ans (1863). Ces deux anévrysmes furent cependant diagnostiqués pendant la vie.

Les *battements artériels* sans tumeur, mais visibles extérieurement, ne sont pas non plus circonscrits comme ceux dus aux anévrysmes. Il faudra bien se garder d'attribuer à cette dernière cause les soulèvements visibles du cœur, au niveau des espaces inter-cartilagineux *gauches*, qui ont lieu à chaque systole, chez certains sujets maigres atteints de maladies fébriles, ou bien à *droite de la partie inférieure du sternum*, lorsque le cœur y est refoulé par un épanchement pleurétique gauche abondant. — Le siège du maximum des *souffles anormaux*, perçus en dehors des points où l'on entend ceux du cœur, ne permettra pas de les confondre avec ceux des affections cardiaques.

Les symptômes de compression des organes intra-thoraciques, des conduits respiratoires, des poumons, de l'œsophage, des gros troncs veineux, etc., pour-

ront être produits par des tumeurs intérieures autres que des anévrysmes de l'aorte ascendante; mais alors l'auscultation fera constater l'absence de tout bruit anomal caractéristique d'un anévrysme aortique. Je ferai remarquer du reste que, dans les cas de compression qui m'occupent, l'anévrysme aortique est la cause à laquelle il faut penser d'abord comme étant la plus commune; et il est rare qu'alors un examen attentif ne révèle pas les signes très-probables, sinon évidents, de l'affection aortique, lorsqu'elle existe. Les symptômes de compression ne doivent pas d'ailleurs être considérés comme constants dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte; et l'on a cité des cas dans lesquels l'absence de ces signes a jeté la plus grande obscurité sur le diagnostic.

Lorsque ces signes de compression existent, ils acquièrent quelquefois une très-grande valeur. Jackson ayant affaire à un malade accusant une douleur brûlante dans la poitrine, ayant rendu précédemment du sang et ayant une voix faible et rude sans autres signes d'anévrysme, constata l'immobilité de la corde vocale gauche à l'aide du laryngoscope, et diagnostiqua la compression du nerf vague par une tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte, ce que l'autopsie vérifia (*Med. Times*, 1864). Traube, de Berlin, avait déjà fait servir le laryngoscope au diagnostic des anévrysmes de l'aorte, mais il y avait d'autres signes évidents de l'affection. En 1865 (*Soc. méd. des hôpit.*) Potain, comme Jackson, reconnut l'existence d'un anévrysme aortique à l'aide du laryngoscope qui lui montra la paralysie de la corde vocale gauche chez un malade âgé de soixante-un ans, qui ne présentait d'abord que de l'oppression, une toux pénible et éteinte, et de l'aphonie. Mais il constata de plus au laryngoscope un signe important : le refoulement visible de la paroi trachéale par la tumeur anévrysmale. Krishaber a prétendu que les muscles du larynx sont plutôt contracturés que paralysés par suite de l'excitation du nerf récurrent par le voisinage de la tumeur; mais il s'agit dans les faits dont il vient d'être question de la preuve de la compression du récurrent.

Les artères intercostales sont très-rarement le siège de tumeurs anévrysmales; et cette rareté, jointe à l'absence des signes habituels de l'anévrysme, peut rendre leur diagnostic tout à fait impossible. C'est du moins ce qui résulte de l'observation remarquable publiée par Heyfelder d'Erlangen (*Das Chirurg. und Augenkranken Klinikum der Univers*; et *Arch. gén. de méd.*, 1853, I). Il s'agissait d'un homme qui offrait une tumeur thoracique de la troisième à la sixième côte gauche et du sternum à l'aisselle, peu mobile, assez dure, indolente, sans fluctuation, ni pulsations, ni altération de la peau, et avec signes normaux à l'auscultation du poumon. On crut à une tumeur encéphaloïde; mais à l'autopsie l'on trouva un anévrysme faux de l'artère intercostale formant tumeur intra et extra-thoracique.

La facilité du diagnostic dépend souvent du point de l'aorte ascendante ou de la crosse où siège l'anévrysme. La tumeur peut, en effet, se développer de préférence en arrière, où la trachée, les troncs bronchiques, les divisions de l'artère pulmonaire, les gros troncs veineux et l'œsophage sont comprimés; en dehors, où elle repousse le poumon; et enfin en avant, où a lieu la compression de l'artère pulmonaire, si la tumeur siège immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, et enfin le refoulement des cartilages costaux, si elle siège plus haut.

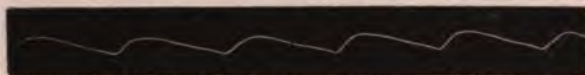
L'étude des symptômes, ainsi que le siège précis des signes locaux, pourra donc, jusqu'à un certain point, éclairer sur le siège de l'anévrysme. Suivant R. Golding (*Lond. méd. Gaz.*, 1818), les battements dans le creux sus-sternal peuvent annoncer un anévrysme de la crosse aortique avant tout autre signe.



De plus, Genest (*Arch. gén. de méd.*, 1831) a constaté que, dans l'anévrisme du tronc brachio-céphalique, la tumeur caractéristique se portait au-dessus de la clavicule droite, sans que les signes de l'anévrisme existassent au-dessous. Ce sont des particularités qui sont utiles à connaître dans la pratique. Mais c'est principalement l'examen du pouls, surtout à l'aide du sphygmographe, qui peut éclairer quelquefois sur le siège précis de la tumeur anévrysmale. C'est un fait connu depuis longtemps que l'existence des modifications du pouls au-delà des tumeurs anévrysmales. Marey a démontré que le pouls était quelquefois partout affaibli quand la tumeur anévrysmale occupait l'origine de l'aorte, et que lorsque l'anévrisme occupait le tronc brachio-céphalique, il modifiait le pouls de la radiale droite, comme il le montre dans les figures suivantes, où l'on voit l'amplitude de la pulsation sensiblement diminuée à droite, *fig. 11 et 12.*



*Fig. 11. — Radiale gauche (Marey).*



*Fig. 12. — Radiale droite (Marey).*

Mais ces données sont très-restreintes, et l'étude des anévrysmes de l'aorte n'a pas un aussi grand parti à tirer ici de ce mode d'exploration que celle des anévrysmes des membres, qui regar-

dent les chirurgiens. Le degré auquel est arrivé l'anévrisme sera ordinairement en rapport avec l'étendue des signes locaux.

Mais est-il possible de reconnaître pendant la vie la *forme anatomique* de l'anévrisme? de savoir s'il y a une simple *dilatation générale*, ou un *anévrisme vrai*, ou un anévrisme *faux*, ou enfin un anévrisme *variqueux*? D'abord il est reconnu que l'anévrisme *vrai*, ou dilatation partielle de l'aorte, ne donne lieu par lui-même à aucun signe, et ne peut être constaté par nos moyens ordinaires de diagnostic. Mais il n'en est pas de même de la *dilatation générale* de l'aorte, dilatation qui est ordinairement facilitée par le développement des concrétions internes de l'artère (Bizot), et à laquelle on peut rapporter les signes précédemment énumérés. Suivant Gendrin, un seul bruit de choc sec et fortement impulsif, isochrone au bruit systolique du cœur, dont il est souvent difficile de le distinguer, serait le signe particulier de la dilatation aortique; mais le fait n'est pas généralement admis, et, pour mon compte, j'ai positivement constaté dans un cas deux bruits bien distincts. Un signe négatif plus important, signalé aussi par Gendrin, c'est l'existence d'une tumeur anévrysmale extérieure, qui doit faire rejeter l'idée d'un anévrisme par simple dilatation. — Presque toujours on a affaire à un anévrisme *faux*, et c'est à lui que se rapportent tous les signes rappelés plus haut; mais lorsque la tumeur manque, comment le distinguer de la simple dilatation? Une seule particularité différentielle, d'ailleurs assez subtile, a été indiquée: c'est que, dans la simple dilatation, la poitrine est soulevée dans un plus grand espace, et que les bruits sonores de l'artère sont plus étendus. On conçoit l'insuffisance de ces distinctions.

L'anévrisme *variqueux*, qui résulte de la communication d'un anévrisme de l'aorte ascendante soit avec l'oreillette ou le ventricule droits, soit avec l'artère pulmonaire ou la veine cave supérieure, ne peut être soupçonné que par voie d'exclusion. Les phénomènes insolites qui en résultent, en effet, ressemblent à la fois à ceux que produit l'anévrisme aortique qui est le point de départ de la communication variqueuse, et aux affections du cœur avec trouble extrême de la circulation. Cependant il en est un sur lequel Thurnam (*Arch. gén. de méd.*, 1844,

t. XI, p. 240) a attiré l'attention, et qui a une grande importance, mais malheureusement il n'est pas constant : c'est un *bruit de souffle* ou de *scie* intense et superficiel, accompagné de frémissement cataire également marqué, au niveau de l'ouverture anévrysmale et dans le sens du courant sanguin; bruit qui est *continu*, plus fort pendant chaque systole du cœur, et que cette intensité et cette continuité serviront à distinguer des bruits anomaux ordinaires de l'anévrysme aortique ou des lésions valvulaires du cœur. Lorsqu'il y a, ajoute Thurnam, communication variqueuse entre l'aorte et la veine cave supérieure ou l'oreillette droite, sans déplacement du cœur, le bruit avec frémissement sera perçu *le long du bord droit du sternum*, avec son maximum au niveau du deuxième espace intercostal. Quand l'anévrysme s'ouvre dans l'artère pulmonaire ou au sommet du ventricule droit, les points correspondants *du côté gauche* seront au contraire le siège du bruit. Lorsque ces signes se sont manifestés à la suite d'un *effort* extraordinaire, avec *douleur précordiale*, *lipothymies*, l'auteur regarde l'anévrysme variqueux de l'aorte ascendante comme presque certain. Il joint à ces symptômes ceux moins caractéristiques de l'*anasarque*, de la *congestion veineuse* avec dilatation variqueuse des veines sous-cutanées, une *dyspnée* allant jusqu'à l'orthopnée, une *toux* avec *crachats sanguinolents*, un pouls parfois caractéristique par son bondissement particulier, moins fréquemment la *faiblesse générale*, la *diminution de la chaleur animale*. Mais ces derniers signes n'ont rien de caractéristique, excepté lorsque la communication a lieu *avec la veine cave supérieure*, parce qu'alors la congestion veineuse et l'ordème occupent la *moitié supérieure du corps*, comme dans tous les cas d'obstacle au cours du sang dans cette veine.

Ern. Goupil, dans son excellente thèse (Paris, 1855), où il examine la question de l'anévrysme artérioso-veineux à ce dernier point de vue, a fait observer avec raison que l'ensemble des symptômes présente quelque chose d'insolite et inusité qui doit faciliter le diagnostic. Mais aussi il fait la remarque que le souffle peut n'être pas continu, et qu'il peut ne se montrer qu'au premier temps ou aux deux temps; or, dans ce cas, le diagnostic doit présenter de très-grandes difficultés, car on pourrait croire alors à un anévrysme aortique comprimant simplement la veine cave supérieure. De son côté, le docteur Henry (de Nantes) a également constaté un souffle non continu dans un cas très-curieux d'anévrysme artérioso-veineux traumatique de l'artère carotide droite, au niveau de son passage dans le sinus caverneux (*Thèse*, Paris, 1856, p. 46). Quoi qu'il en soit, le bruit anormal signalé par Thurnam, *souffle* ou *susurrus continu*, avec renforcement au premier temps, doit être considéré, lorsqu'il existe, comme le signe le plus probant de l'espèce d'anévrysme qui m'occupe.

Wade, au lieu de ce souffle continu avec renforcement, a constaté un fait dans lequel les deux bruits du cœur étaient remplacés par deux souffles, le second sifflant, et prolongé pendant le grand silence. Ce sifflement s'étendait jusqu'aux carotides, mais non à la pointe du cœur, qui battait au niveau du sixième espace intercostal. Il y avait un frémissement cataire. Wade admit une communication anévrysmale de l'aorte avec l'artère pulmonaire, se fondant sur les signes qui précèdent, et sur la fréquence bien plus grande de cette communication relativement à celle de l'aorte avec d'autres parties. L'autopsie confirma ce diagnostic (*Med. chir. Transact.*, 1861). Enfin T. Gallard a relaté un fait très-intéressant d'anévrysme artérioso-veineux de la crosse de l'aorte, communiquant avec la veine cave supérieure, et qui offrait, d'une part, tous les signes d'une tumeur du médiastin comprimant au moins cette veine, et d'autre part un souffle commençant au premier bruit du cœur et couvrant le petit silence et le second bruit,

souffle surtout prononcé à la base du cœur, ce qui fit soupçonner avec raison à Gallard l'existence d'une communication anévrysmale avec la veine cave supérieure, ce qui fut reconnu à l'autopsie. La connaissance de ces faits particuliers est très-importante au diagnostic de cette forme d'anévrysme.

Ces communications artérioso-veineuses ou cardiaques constituent une vraie complication de l'anévrysme aortique, qui peut en outre s'ouvrir dans les autres organes voisins : dans les *plèvres*, le *péricarde*, la *trachée*, les *bronches*, le *poumon*, l'*œsophage*, le *médiastin*, ou se rompre à travers la *peau* amincie et soulevée par la tumeur : toutes circonstances dans lesquelles l'hémorrhagie externe ou interne est ordinairement mortelle. Il n'est pas très-rare de rencontrer l'OBLITÉRATION de la *veine cave supérieure* ou de l'*artère pulmonaire* comme conséquence des anévrysmes de la crosse aortique ; mais une complication très-exceptionnelle est l'*inflammation suppurative* du sac, qui s'ouvre au dehors sans hémorrhagie, comme dans le fait exceptionnel communiqué à la Société anatomique par Delort (*Bulletin de la Soc. an.*, t. I, 1826). Dans les cas de perforation, la perforation ne s'effectue pas seulement par l'érosion graduelle de l'intérieur du sac anévrysmal ou par l'amincissement progressif de ses parois, mais aussi par le progrès d'une ulcération que son voisinage a déterminée dans un organe voisin. J'ai recueilli un exemple d'hémorrhagie foudroyante de cette espèce, par une bronche principale, dans laquelle existait une ulcération manifestement ancienne, formant un creux évasé du côté de la cavité bronchique, et ayant pénétré dans la cavité de l'anévrysme au niveau d'une adhérence de la tumeur. Cette adhérence et cette ulcération étaient évidemment l'effet d'une inflammation qu'avait déterminée l'anévrysme.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Le pronostic des anévrysmes de l'aorte ascendante ou de la crosse de l'aorte est toujours grave, et suivi plus ou moins rapidement de mort, le plus souvent par rupture du sac et hémorrhagie interne ou externe. Gairdner (*Monthly Journ. of méd.*, 1853) a appelé l'attention sur la fréquence de la dyspnée comme cause de mort, spécialement lorsque l'anévrysme provient de la partie postérieure de la crosse de l'aorte, dyspnée ayant un caractère spasmodique très-marqué et souvent un type laryngé distinct. Il pense que cette dyspnée ne tient pas nécessairement à la compression des conduits aériens, mais à la lésion des nerfs pneumo-gastriques et des récurrents, et que la nature laryngée de la dyspnée est démontrée quelquefois par l'atrophie des muscles internes du larynx, comme l'a signalé le docteur Todd.

#### B. ANÉVRYSMES DE L'AORTE PECTORALE DESCENDANTE.

Le début est analogue à celui des anévrysmes de la crosse de l'aorte. Les signes locaux sont en général aussi à peu près les mêmes, à part leur siège différent, qui occupe, à une hauteur variable, le côté *gauche* de la région dorsale, dans le voisinage de l'épine, ce qui s'explique par la position de l'aorte descendante. Nous retrouvons ici : la *douleur* ou la gêne occupant le côté gauche de la poitrine ; à une hauteur variable, la *tumeur*, parfois énorme et avec destruction des côtes correspondantes ; les *pulsations* isochrones au pouls, avec *bruits sonores* ou *souffle prolongé* plus ou moins rude ; parfois *pouls imperceptible* à gauche lorsque la tumeur siège très-haut. Cette tumeur peut, dans ce dernier cas, occasionner en même temps un *œdème* localisé au bras gauche, par suite de la compression des vaisseaux qui s'y rendent. Lorsque la tumeur est considérable, elle peut produire de la dyspnée et de l'oppression, dues à la compression du poumon ; plus rarement, comme Laennec en a vu un exemple, elle use les vertèbres et produit une *paraplégie* en comprimant la moelle épinière.

Andral a communiqué, en 1854, à l'Académie de médecine, un fait excep-



tionnel analogue, dans lequel l'anévrisme, quoique latent à l'auscultation, avait également érodé les vertèbres, en produisant une incurvation à angle droit de la colonne rachidienne, au niveau de la septième vertèbre dorsale. Il existait, en outre, une douleur dorsale, des douleurs subites, lancinantes dans les membres inférieurs, et un affaiblissement notable de leurs mouvements (*Bul. de l'Acad. de méd.*). — S'il y a simple *dilatation* de l'aorte thoracique descendante, on trouve à son niveau les mêmes signes stéthoscopiques qu'au niveau de la dilatation de la crosse aortique, qui existe d'ailleurs en même temps, ainsi que Valleix l'a observé dans les faits qu'il a rassemblés, et comme je l'ai vu moi-même deux fois.

### III. Anévrysmes de l'aorte abdominale.

Tantôt ils sont caractérisés par une *tumeur* plus ou moins volumineuse, située ordinairement entre l'épigastre et l'ombilic, appréciable au palper, qui peut la circonscrire et percevoir des battements *expansifs* isochrones à ceux du poulx, et accompagnés, à l'auscultation, d'un *bruit* ou d'un *souffle* simple très-sonore. On a cité un malade qui croyait entendre un *sifflement* au niveau de la tumeur. Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est l'absence de phénomènes fonctionnels ou physiques du côté de la poitrine, à moins de complications. Mais il n'en est pas de même pour les organes abdominaux : on a constaté dans différents cas des *douleurs très-vives*, intermittentes, dans la région lombaire ou à l'hypogastre, et même aux extrémités inférieures (Reatty), des *vomissements* chez des sujets atteints d'une tumeur anévrysmale à l'épigastre, des *selles involontaires*, l'*œdème des membres inférieurs*, la *paraplégie*, des *douleurs dans le bassin*, et peut-être aussi des *pertes utérines* (Pennock), suivant le siège occupé par la tumeur. — L'anévrisme peut s'ouvrir dans le *péritoine*, d'où une péritonite mortelle. Moutard-Martin a vu la rupture se faire une fois dans la *plèvre*, et causer subitement la mort (*Bul. Soc. anat.*, 1845).

Dans les cas de tumeur, le diagnostic est assez facile si l'on tient compte de la matité, du souffle perçu à son niveau, et surtout de son *expansion* à chaque battement. Toutefois, cette expansion avec souffle peuvent se rencontrer dans certaines tumeurs épigastriques, comme l'a vu W. Moore au niveau d'un *abcès du foie*, révélé par l'autopsie (*Med. Press*, 1867).

Cette expansion n'a pas lieu dans le cas de tumeur solide soulevée par les battements de l'artère. Il faut convenir cependant qu'il est impossible, dans certains cas, de décider s'il y a expansion ou simple soulèvement de la tumeur, comme dans un fait de tumeur cancéreuse du pancréas rapporté par Andral. La difficulté du diagnostic est plus grande si la tumeur est petite. Si l'on ne sent pas de tumeur, le diagnostic est impossible, attendu que l'on peut croire qu'il y a simplement des battements nerveux artériels (*Voy. BATTEMENTS*). Cette impossibilité du diagnostic est absolue dans les cas d'anévrisme *disséquant*; aussi cette lésion n'a-t-elle jamais été reconnue qu'à l'ouverture des cadavres. — Dans le cas d'anévrisme *variqueux* de l'aorte abdominale ouvert dans la veine cave inférieure, on a, pour le reconnaître, le *bourdonnement continu* avec renforcements, qui se produit au niveau de la tumeur pulsatile de l'abdomen.

D'autres vaisseaux que l'aorte ne peuvent-ils pas être le siège de tumeurs faciles à confondre avec des anévrysmes aortiques? On doit répondre affirmativement à cette question. On sait aujourd'hui que le tronc cœliaque est très-rarement anévrysmatique, contrairement à ce que l'on pensait autrefois en raison des battements épigastriques purement nerveux que l'on attribuait à tort à cet anévrisme, qui aujourd'hui n'a qu'une importance anatomique. Il en est de même de l'anévrisme des artères *hépatique et stomacique* dans la plupart des

cas. Cependant Walmann a rapporté un fait d'*anévrisme de l'artère hépatique* formant une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, et qui s'ouvrit dans la cavité du péritoine; cette tumeur comprimait les voies biliaires et produisait une rétention de la bile (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. XIV). L'ictère observé dans un autre fait remarquable, rapporté par Wilson, était sans doute dû à la même compression; mais il s'agissait ici d'un *anévrisme de l'artère mésentérique supérieure* formant une tumeur pulsatile mobile à la région épigastrique. Cette mobilité pourrait être utile au diagnostic de cette variété d'anévrysme; aussi ne peut-on pas dire avec Luton que la fixité est un caractère propre aux anévrysmes de l'abdomen. Il arrive quelquefois que la rupture de la tumeur, latente jusque-là, est le premier signe de l'anévrysme, que l'on ne peut reconnaître que sur le cadavre; tel est le fait d'hématémèse et d'entérorrhagie mortelles produites dans un cas d'anévrysme de l'artère hépatique, de la grosseur d'un œuf de pigeon, et qui s'ouvrit dans la vésicule biliaire (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. XIII, 1858).

Tels sont les différents anévrysmes de l'aorte et ceux des artères intra-splanchniques qui peuvent être confondus avec eux. Ils constituent des affections tendant à faire des progrès incessants, et qui, par conséquent, présentent toujours une très-grande gravité, tant par les ruptures subites et ordinairement mortelles qui sont constamment à craindre, que par les autres accidents résultant de la compression ou de l'usure d'organes importants.

**ANGINES.** — Toutes les affections aiguës diverses que les anciens comprenaient sous cette dénomination présentent deux conditions communes : 1<sup>o</sup> la difficulté douloureuse de la déglutition ou de la respiration; 2<sup>o</sup> le siège des lésions anatomiques qui les caractérisent, ces lésions occupant les organes creux compris entre la bouche et les fosses nasales d'une part, et les poumons et l'estomac d'autre part. L'anatomie pathologique, en jetant un nouveau jour sur les lésions locales complexes des maladies angineuses, a démontré toute l'importance des lésions anatomiques comme moyen de distinguer ces maladies si confuses. Cette distinction anatomique est un point capital du diagnostic, on ne saurait s'empêcher de le reconnaître; cependant les conditions pathologiques dans lesquelles se développent les angines ne sont pas d'une moindre importance.

Le professeur Lasègue, qui a publié récemment un *Traité des angines* (1868), a fait ressortir avant tout l'importance des angines dans les fièvres éruptives, et la nécessité pour la dermatologie d'étendre l'étude des manifestations cutanées jusqu'à l'arrière-gorge, plus qu'on ne le fait généralement. Il fait remarquer l'apparition plus hâtive des exanthèmes gutturaux que celle des exanthèmes cutanés, leur marche plus rapide, leur résolution moins franche, et l'inflammation secondaire qui leur succède, et qu'il en faut distinguer. Il range ici les angines scarlatineuse, morbillieuse, varioleuse, herpétique, les angines syphilitiques qui sont pour lui, au premier chef, des affections éruptives (syphilides de la muqueuse), l'angine acnéique, l'urticaire gutturale.

Il accorde à l'angine érysipélateuse une gravité plus grande qu'à la plupart des angines éruptives; et il admet l'angine rhumatismale, constituant, à l'état aigu, la première manifestation, le plus souvent négligée, de certains rhumatismes articulaires; l'angine diphthéroïde; des angines catarrhales phlegmoneuses. Il considère les angines dites gangréneuses, ulcéreuses, couenneuses, comme de simples complications qui ne sauraient imposer leur nom à la maladie.

J'exposerai les caractères et le diagnostic de ces différentes angines, que j'énumère simplement ici, à propos des maladies auxquelles elles se rattachent, et je comprendrai les angines catarrhales et phlegmoneuses dans les PHARYNGITES

ainsi que des lésions aiguës de la muqueuse gutturale déterminées par le contact de substances irritantes (médicament, produit caustique avalé par mégarde). L'ingestion des sels d'antimoine, même à petites doses, occasionne sur la muqueuse une pustulation identique à celle qu'on observe à la peau. Les mercureux, outre la cavité buccale, atteignent l'isthme du gosier, où apparaissent des ulcérations. Enfin le datura, la belladone, la jusquiame produisent une sécheresse de la gorge qui peut acquérir une certaine importance dans les empoisonnements par ces substances, lorsque le délire et la dilatation des pupilles n'ont fait surgir qu'une présomption (Lasègue).

Je renvoie au mot DIPHTHÉRIE la description de l'angine diphthérique. Bretonneau, qui l'a fait connaître, n'a pas tenu compte à tort de l'angine *gangréneuse*, beaucoup plus rare sans doute que la diphthérie pharyngo-laryngienne, mais dont on a observé des exemples irrécusables, ainsi que l'a surtout établi la discussion soulevée en 1857, à la Société médicale des hôpitaux, par la lecture d'un Mémoire intéressant de Gubler sur ce sujet.

La plupart des angines graves ont un caractère épidémique ; et rien ne démontre mieux la difficulté que l'on éprouve fréquemment à bien connaître leur nature que la variété des manifestations locales résultant de l'état général qui les engendre.

**ANGINE DE POITRINE.** — C'est par un abus de langage qu'on a donné à cette maladie le nom d'*angine*. On l'a dénommée *sternalgie*, *angoisse de poitrine*, *sternocardie*, *syncope angineuse* ou *arthritique*, etc., suivant certaines particularités symptomatiques, ou suivant l'opinion que l'on se formait de ses lésions ou de sa nature, qui n'est pas déterminée. Pour Trousseau, ces lésions n'étaient que l'occasion de la manifestation de l'angine de poitrine, qu'il considérait comme une névrose quelquefois essentielle, souvent liée à une diathèse, rhumatismale ou goutteuse. Il admettait encore que cette affection pouvait être une névralgie épileptiforme (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*).

1° *Éléments du diagnostic.* — L'angine de poitrine est caractérisée par des accès revenant à des intervalles irréguliers, plus ou moins éloignés. L'individu étant en marche est subitement surpris et arrêté par une *douleur* d'une extrême violence, pongitive ou consistant en un sentiment de constriction, ou de suffocation ; cette douleur, rarement précédée de *malaise*, d'*inquiétude* et d'une espèce de *bouillonnement* vers l'hypochondre gauche, se manifeste au niveau de la partie inférieure du sternum, vers la région précordiale, d'où elle s'irradie vers l'épaule gauche, le bras correspondant et le cou, où elle va diminuant et en se transformant en un sentiment de torpeur, avec picotement ou fourmillement ; rarement la douleur s'étend vers le côté droit de la poitrine ou à des parties plus éloignées, et bien plus rarement encore elle débute par le côté droit de la poitrine ou par le bras gauche. Avec la douleur il y a d'abord *suspension de la respiration*, puis accélération des mouvements respiratoires (36 au plus), qui sont ordinairement peu profonds ; *pouls* petit, faible, plutôt lent qu'accélééré, parfois intermittent, irrégulier ; *pâleur*, *angoisse* ; anéantissement des forces ; quelquefois enfin *lipothymies* ou même *syncopes*. L'accès cesse graduellement au bout de quelques instants, quelquefois il survient des *éructations gazeuses* ou des *vomissements* qui annoncent la fin de l'accès, auquel succède un sentiment de *fatigue* ou d'*engourdissement* dans la poitrine et dans les membres supérieurs. A ces signes caractéristiques, il n'est pas rare de voir se joindre d'autres signes qui dépendent d'une affection grave du cœur ou des *gros vaisseaux*, mais qui sont loin d'être constants, comme on l'a dit.

2° *Inductions diagnostiques.* — L'invasion subite des accès, la douleur et

l'angoisse essentiellement passagères qui les constituent, le siège habituel de cette douleur, sont des caractères qui ne permettent guère de méconnaître l'angine de poitrine. Cependant les phénomènes peuvent être d'abord peu accentués, et la douleur principalement peut ne pas envahir toutes les régions qu'elle occupe habituellement, ce qui soulève des doutes qu'il n'est pas toujours possible de lever. — La *marche* par accès, dans les intervalles desquels la santé est ordinairement parfaite, si l'angine de poitrine est idiopathique, et quelle que soit la fréquence ou la rareté des accès, contribue à dissiper ces doutes. Mais il n'en est plus de même lorsque des phénomènes morbides d'un autre ordre se montrent dans les intervalles ; il faut alors rechercher si l'angine de poitrine est symptomatique, en remontant à sa cause. — On trouvera quelquefois en effet, en examinant le malade, qu'il est affecté tantôt d'une maladie du *cœur*, tantôt d'un anévrysme de l'*aorte*, tantôt d'une affection chronique de l'*estomac*, ainsi que j'en ai observé un exemple, dans lequel il y a eu guérison simultanée de l'affection stomacale (ulcère simple ?) et de l'angine de poitrine. Ces différentes conditions pathologiques, dans lesquelles l'angine de poitrine est secondaire ou symptomatique, démontrent la nécessité d'un examen complet du malade, afin de ne pas confondre avec la forme symptomatique la forme idiopathique à accès périodiques simples. L'interrogatoire fournira, entre autres données, des renseignements précieux sur les conditions accidentelles dans lesquelles se montrent les accès. Il ne faut pas oublier que la *marche contre le vent*, l'*ascension* d'un escalier, un *accès de colère*, une *violence extérieure*, un *excès alcoolique*, ont été observés comme causes occasionnelles du premier accès, et qu'il a suffi quelquefois d'un *faux pas*, d'un simple mouvement, d'un effort de *toux* ou de *défécation* pour provoquer leur retour, surtout lorsque la maladie est déjà ancienne. Beau a considéré comme cause d'angine de poitrine l'usage excessif du *tabac à fumer* (*Acad. des sciences*, juin 1862) ; mais son opinion n'a pas été confirmée. Lancereaux (*Soc. de biologie*, 1864) a constaté le rétrécissement des artères coronaires, avec plaques saillantes des parois aortiques, et une sorte de plasma entourant des filets du plexus cardiaque chez un sujet mort d'angine de poitrine. Trois faits observés en Angleterre, en 1865 (*Union méd.*), sembleraient confirmer l'existence du rétrécissement des artères coronaires comme cause anatomique. On sait que déjà anciennement Heberden, Parry, Kreysing, Burns, J. Frank et d'autres observateurs, faisaient dépendre la maladie de l'ossification des artères coronaires.

La seule affection qui pourrait d'ailleurs avoir quelque ressemblance avec l'angine de poitrine est la *névralgie dorso-intercostale* ; mais si la douleur peut présenter quelque analogie, la marche de cette névralgie, c'est-à-dire la durée plus prolongée des accès et leur retour plus fréquent, ne laisse pas longtemps dans le doute. Ce n'est que dans le premier moment de l'invasion de la névralgie dorso-intercostale, si cette invasion est subite et la douleur très-intense (ce qui est du moins fort rare), que l'on pourrait d'abord croire à une angine de poitrine. Il en est de même d'un accès d'*asthme* ; mais ici les signes stéthoscopiques démontrent que le siège des accidents est dans les organes intrathoraciques. Peut-il y avoir plus de difficultés lorsque l'angine de poitrine coïncide avec l'une ou l'autre des affections dont je viens de parler ? Je ne le pense pas, la distinction des deux maladies concomitantes ne pouvant échapper qu'à une observation superficielle.

Si le malade est convenablement interrogé et examiné, l'on ne méconnaîtra donc pas l'existence d'une angine de poitrine. Cependant il peut résulter de la *forme* symptomatique de la maladie des difficultés réelles de diagnostic, si la

physionomie de l'affection se trouve modifiée par l'insuffisance des symptômes. — C'est là surtout qu'est l'origine des erreurs qui peuvent être commises. Quoi qu'il en soit, si l'on arrive à diagnostiquer l'angine de poitrine, on aura établi en même temps si elle est *symptomatique* d'une affection du cœur, ou des gros vaisseaux, ou de l'estomac, ou bien si elle est *primitive* et indépendante de toute lésion organique saisissable à nos moyens d'investigation.

**3<sup>e</sup> Pronostic.** — Il est grave dans les deux circonstances que je viens de rappeler. Si l'angine de poitrine est symptomatique, elle partage la gravité de la maladie qui en est l'origine, et, dans les affections du cœur et de l'aorte, la mort peut survenir subitement au moment d'un accès. Si elle est simple ou primitive, les chances de mort ne sont qu'un peu moindres, car ici encore la terminaison est le plus souvent fatale. A mesure que l'angine s'aggrave, les accès deviennent plus fréquents, plus longs, plus douloureux ; le contraire arrive lorsque l'angine diminue et tend à guérir, ce qui a lieu dans un certain nombre de cas, ainsi que je l'ai observé chez le malade dont j'ai parlé plus haut.

**ANGIOLEUCITE.** — Quoique produite le plus souvent par des blessures ou des ulcérations de la peau et l'absorption de matières putrides, et par conséquent du ressort de la chirurgie, l'angioleucite n'en intéresse pas moins au point de vue de certaines maladies internes (*Voy.* BLENNORRHAGIE, MÉTRITE, NORVE, SYPHILIS). Quant à la confusion que l'on pourrait établir entre les signes locaux de l'angioleucite et ceux de la *névrite*, de la *phlébite*, de l'*érythème noueux*, et de l'*érysipèle*, je renvoie à ce que nous en avons dit aux articles consacrés à ces dernières affections.

**ANGOISSE.** — *Voy.* ANXIÉTÉ.

**ANIMALCULES.** — *Voy.* PARASITES (Animaux), SPERMATOZOÏDES.

**ANOREXIE.** — *Voy.* FAIM.

**ANTAGONISME.** — On a introduit ce mot dans le vocabulaire médical pour désigner le principe en vertu duquel il y aurait, « en raison de l'endémicité même de certaines manifestations pathologiques, incompatibilité plus ou moins absolue de coexistence pour un autre ordre de formes morbides dans la même localité (Boudin). » Outre cet antagonisme géographique, on admettrait aussi un antagonisme individuel, qui rendrait les sujets qui sont affectés de certaines maladies, indemnes d'autres maladies incompatibles.

Cette manière d'envisager les faits est sans doute fort ingénieuse ; mais lorsque l'on étudie attentivement les travaux qui ont été publiés sur ce point de pathologie, on ne peut s'empêcher de reconnaître que les conclusions formulées ne reposent que sur de simples allégations d'auteurs, sur des aperçus dénués de preuves, ou sur des données statistiques très-insuffisantes. C'est, en effet, sur une base aussi fragile que s'est appuyé Boudin, qui, le premier, a voulu donner comme une loi l'antagonisme entre les fièvres paludéennes et la phthisie pulmonaire, et entre les mêmes fièvres et la fièvre typhoïde (Boudin, *Traité des fièvres intermittentes*, 1842 ; *Traité de géographie médicale*, 1857, t. II, p. 514, etc.). Combattue par Forget (de Strasbourg), Gintrac, Michel Lévy, et par beaucoup d'autres observateurs distingués qui exercent dans des contrées marécageuses, cette opinion a été surtout très-fortement ébranlée, ou plutôt renversée par le consciencieux travail du docteur Lefèvre, directeur du service de santé de la marine à Brest, qui n'en a laissé rien subsister.

Du fait de l'insuffisance manifeste des preuves, je ne conclus pas que l'antagonisme n'existe point comme fait général, mais que les antagonismes annoncés jusqu'à présent ne sont nullement démontrés. Que faudrait-il donc pour formuler les véritables lois de l'antagonisme ? Il faudrait évidemment recueillir, sans

idée préconçue, un nombre considérable de faits bien observés, et en tirer des conclusions numériques comparatives. C'est ainsi qu'a procédé le docteur Lefèvre dans le Mémoire cité; et, quelle que soit l'opinion que l'on ait de la méthode numérique, il est de toute évidence qu'elle seule peut résoudre ces sortes de problèmes.

Quant à l'antagonisme qui peut exister, chez un même individu, entre diverses maladies, il ne me paraît pas non plus établi sur des preuves suffisamment convaincantes. Barthez et Rilliet, dans leur excellent *Traité des maladies des enfants*, ont cru reconnaître un antagonisme de cette espèce entre la diathèse tuberculeuse et la scarlatine, entre les tubercules et la variole. On a déclaré antagonistes : le choléra et la suette; les scrofules ou les tubercules et le rachitisme; les tubercules et l'intoxication saturnine (Beau); la coqueluche et la rougeole (Faber); la fièvre typhoïde et les maladies graves (Thirial). De tous ces antagonismes, il n'en est aucun qui soit parfaitement démontré, soit que l'assertion ait été émise *a priori*, soit que le nombre des faits sur lesquels on s'est basé ait été infiniment trop restreint, soit enfin que des preuves explicites contre l'antagonisme aient été produites.

L'antagonisme n'est donc actuellement encore qu'à l'état de théorie fort obscure. Aussi l'aurais-je passé sous silence, s'il n'était pas sans danger pour le diagnostic de tenir compte, comme de vérités démontrées, des applications que l'on en a faites. Si l'on admettait, en effet, en présence d'une endémicité paludéenne ou d'une des maladies que je viens de rappeler, les antagonismes qui ont été formulés, on devrait considérer comme inutile de rechercher, en dehors de cette endémicité ou de chacune de ces maladies, l'existence d'une des affections dites antagonistes; et, par conséquent, on pourrait méconnaître cette affection si elle existait réellement. L'antagonisme en pathologie, et l'antagonisme en thérapeutique que je n'ai pas à examiner ici, ont été l'objet d'un travail de Constantin Paul (*Thèse d'agrégat.*, 1866). Les conclusions en sont plus affirmatives que celles du présent article; mais je regrette de ne pouvoir les admettre en ce qui concerne l'antagonisme des maladies.

**ANTÉCÉDENTS.** — Voy. EXAMEN DES MALADES.

**ANTÉFLEXIONS ET ANTÉVERSIONS.** — Voy. DÉVIATIONS UTÉRINES.

**ANURIE.** — Voy. MICTION.

**ANUS.** — Les affections de l'anus intéressent particulièrement le chirurgien; mais, dans certaines circonstances, le médecin lui-même a besoin aussi de constater l'état de cette région. Non-seulement il y rencontre des lésions locales qui peuvent éclairer le diagnostic d'une maladie générale, des lésions syphilitiques, par exemple, mais encore il y trouve quelquefois l'explication de phénomènes morbides qu'il pourrait être tenté de rapporter à toute autre cause qu'à une lésion locale de cette extrémité du tube digestif.

Le pourtour de l'anus est assez souvent le siège d'affections cutanées (principalement d'*eczéma* et de *plaques muqueuses*), de *fissures* ou d'*éraillures* : fond rosé qui se cicatrise rapidement, de *chancres* à bords taillés à pic et fond grisâtre, d'*hémorroïdes* extra-rectales, et d'*oxyures* dans les plis rayonnés de l'anus. La *névralgie ano-vésicale* atteint l'anus, dont le sphincter peut enfin être atteint de *contracture* de causes diverses, ou de *paralysie*, à laquelle se joignent des *ulcères* et la *gangrène* dans certaines DYSENTERIES.

Les symptômes ou signes qu'on y observe, outre les lésions cutanées, sont des cuissons, du prurit, des douleurs plus ou moins vives; des contractures du sphincter alternant avec un relâchement excessif (névralgie ano-vésicale); de contractures plus ou moins longtemps persistantes; la paralysie du sphincter



incontinence; l'hémorrhagie, qu'il est si important de ne pas confondre avec celles qui ont une source plus profonde dans l'intestin. Il ne faut pas prendre non plus la contracture du sphincter pour le rétrécissement de l'anus, qui est parfois le résultat de l'ablation des tumeurs hémorroïdales, et qui peut rendre compte de constipations opiniâtres ou d'accumulations de matières fécales dans le rectum. On ne doit pas enfin confondre une paralysie spontanée du sphincter, qui explique l'incontinence ou les selles involontaires, avec la tumeur infundibuliforme qui résulte d'habitudes sodomites passives. Pour décider la question, on devra tenir compte des signes que Tardieu a indiqués comme caractéristiques de la pédérastie passive, dans la sérieuse étude médico-légale qu'il a publiée sur ce sujet en 1858 (*Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale*). Outre la déformation infundibuliforme de l'anus, le relâchement du sphincter et l'incontinence des matières, qui existent dans les deux conditions de paralysie spontanée ou de sodomie ancienne, on constate, dans ce dernier cas : la dilatation extrême de l'orifice anal, l'effacement des plis, des crêtes et caroncules qui pourtourne l'anus, des ulcérations, des rhagades, des hémorroïdes, des fistules, parfois une blennorrhagie rectale, la syphilis. Ces signes ont d'autant plus de valeur que les individus se défendent presque toujours avec beaucoup d'énergie de s'adonner aux ignobles habitudes que l'on soupçonne.

L'exploration anale a lieu d'abord par l'inspection. Il est bon de dire au préalable de faire un effort comme pour aller à la garde-robe, afin que les parties profondes de l'anus se présentent à la vue, à moins qu'on ne se serve d'un *speculum ani*. Le toucher fournit aussi quelques renseignements utiles, en donnant l'idée de la consistance des tissus au-dessus du sphincter. Enfin l'électrisation de ce sphincter, qui est d'ailleurs extrêmement douloureuse, sert à démontrer qu'il est paralysé, si elle lui rend la contractibilité qu'il a perdue.

**ANXIÉTÉ.** — On désigne ainsi une inquiétude vive avec malaise, pouvant aller jusqu'à l'angoisse, et qui dépend ordinairement ou d'une terreur profonde ou d'une douleur vive, ou enfin d'un sentiment d'oppression ou de dyspnée non couronnées. L'anxiété existe aussi par suite du malaise indéfinissable qui précède certains vomissements, qui accompagne parfois des maladies graves ou certaines névroses : la fièvre jaune, la peste, la morve aiguë, beaucoup d'émissions, la morsure des serpents venimeux, l'angine de poitrine, le spasme de l'œsophage, etc. L'anxiété est extrême dans la rage.

**AORTE.** — Voy. ARTÈRES, ANÉVRYSMES.

**AORTITE.** — Bizot en 1837, et Thierfelder en 1840, avaient décrit l'aortite comme une maladie caractérisée principalement par une anasarque avec fièvre élevée, agitation, anxiété, lypothymies ou syncopes, douleur sous-sternale, dyspnée et toux violente. Depuis les travaux de ces deux observateurs, la question a été reprise, mais d'abord au point de vue anatomique, les abcès et les athéromes ramollis de l'aorte ayant été confondus. Cependant la question clinique a aussi été étudiée. Spengler (*Arch. für pathol. Anat.*, 1852), Schutzenberger (*Gaz. méd. de Strasb.*, 1856) et Leudet (de Rouen) ont observé chacun un cas d'aortite suppurée. C'est d'après ces observations et deux autres observées par Rokitansky et Lebert, que Leudet a publié un Mémoire sur ce sujet dans les *Archives de médecine*. Je ne puis mieux faire que d'en résumer les points principaux, en faisant remarquer d'abord que dans ces faits il s'agit de l'aortite suppurée, et que le siège constant de la collection purulente a été le tissu cellulaire externe et la tunique moyenne élastique dissociée et friable, conformément à la description de l'artérite par Virchow.



L'étude des symptômes est rendue difficile par des lésions multiples, ces abcès coïncidant avec une endocardite grave et se montrant dans le cours d'une phlegmasie pulmonaire ou pleurale sérieuse (Splengler, Leudet). En tous cas, l'inflammation initiale est violente, sans avoir rien de caractéristique; mais à la suite de cette première période, appelée d'*inflammation exsudative* par Leudet, apparaissent les symptômes significatifs de l'*infection purulente*, due à la communication morbide de l'abcès avec l'intérieur de l'aorte à travers sa tunique interne.

C'est d'après cette succession de phénomènes que l'on pourra diagnostiquer la maladie. Il me paraît cependant impossible de ne pas la confondre avec l'*endocardite ulcéreuse* (Voy. ENDOCARDITE et PYÉMIE).

**APHASIE.** — P. Broca a désigné, en 1861, par le mot *aphasie* (α privatif, et *φωνη*, parole), un état de l'intelligence particulier avec hémiplégie concomitante, et perte de la faculté d'exprimer la pensée par la parole, en mettant ce trouble de la parole sous la dépendance d'une lésion de la troisième circonvolution frontale gauche. Cette localisation spéciale, si elle était confirmée, donnait raison à Bouillaud qui avait considéré depuis longtemps les lobes antérieurs du cerveau comme présidant à la faculté du langage. De nombreux Mémoires, des discussions approfondies, dont l'une à l'Académie de médecine (1863), ont agité, à ce propos, on peut se le rappeler, le monde médical. La question, étudiée aux points de vue anatomique, physiologique, pathologique et même psychique, a été très-diversement jugée. Des faits pour ou contre ont été produits à propos de cette localisation, qui est loin dès lors d'être constante et qui ne suffit pas, par conséquent, pour expliquer anatomiquement l'aphasie. Cependant on ne saurait s'empêcher d'admettre qu'elle se relie à des lésions ainsi localisées dans un grand nombre de cas.

Si l'aphasie ne coïncide pas constamment avec les lésions de la troisième circonvolution frontale, c'est que cette aphasie est elle-même une question complexe, déjà désignée anciennement sous le nom d'*aphémie*, et qu'elle se trouve faire partie, à titre de variété, des troubles de la parole que les anciens comprenaient sous la dénomination d'*ALALIE*, mot auquel je renvoie.

**APHÉMIE.** — Voy. ci-dessus APHASIE.

**APHONIE.** — L'aphonie est la diminution manifeste ou l'abolition complète de la sonorité naturelle de la voix. Nous ne prenons pas par conséquent ce phénomène morbide dans le sens absolu de son étymologie, comme l'ont fait les anciens, qui ont été jusqu'à donner le nom d'aphonie au *mutisme*.

L'aphonie est toujours un symptôme. Les anciens faisaient autant de maladies distinctes des différentes espèces d'aphonie; mais les progrès de l'anatomie pathologique lui ont fait assigner son véritable caractère symptomatique dans le plus grand nombre des cas. Certains auteurs modernes ont pourtant persisté à faire de l'aphonie une maladie particulière quand aucune lésion appréciable ne vient expliquer le phénomène; mais cette distinction n'est pas justifiée.

1° *Caractères.* — L'aphonie est rarement absolue. On sait qu'on appelle communément *enrouement* une aphonie incomplète qui parfois permet à la voix de reprendre, par intervalles, son éclat ordinaire. L'aphonie est donc *complète* ou *incomplète*; elle peut aussi être *courte* ou *prolongée*, *continue* ou *interrompue*, et parfois même régulièrement *intermittente*. Tantôt elle présente le timbre naturel, mais atténué de la voix basse volontaire, ce qui est le plus fréquent; et tantôt un timbre étouffé particulier dont j'indiquerai tout à l'heure les particularités.

On ne confondra pas avec une aphonie morbide celles qui résultent d'une vive :

*impression morale, de cris ou d'éclats de voix exagérés, d'exercice forcé de la parole ou du chant, et qui sont généralement momentanées.*

**2<sup>e</sup> Conditions pathologiques.** — Ces conditions de l'aphonie doivent être cherchées dans l'organe même où se produit le son vocal, le larynx, dans les organes limitrophes, mais essentiels à la production de la voix, dans les organes plus ou moins éloignés, et enfin dans une maladie générale.

L'aphonie est un symptôme à peu près constant des laryngites. Dans l'inflammation *laryngienne simple aiguë*, mais peu intense, la voix est d'abord plutôt rauque, enrouée, que véritablement éteinte; l'aphonie est surtout complète si la laryngite aiguë devient intense. Il en est de même de la laryngite chronique, où la raucité précède ordinairement l'aphonie complète, qu'amènent les progrès croissants de l'affection. — L'aphonie peut être complète aussi par le développement de *productions épithéliales* au niveau de la glotte; le laryngoscope a pu faire reconnaître pendant la vie cette cause de l'aphonie chez deux malades observés par Moura (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1860). — Dans la laryngite striduleuse ou *faux-croup*, la voix et le cri conservent une certaine force, ou ne sont nullement altérés, surtout dans l'intervalle des accès; ici l'aphonie est intermittente comme les accès; elle est habituellement incomplète, et la voix est faible, enrouée et comme déchirée. — Elle est beaucoup plus altérée, sourde, éteinte ou avec un timbre sifflant tout particulier dans la laryngite pseudo-membraneuse, ou *croup*. Pour Vauthier, l'aphonie est un des meilleurs caractères du croup. Elle est alors habituellement progressive, rarement subite (Blache), et permanente jusqu'à la fin. — L'aphonie apparaissant d'abord par intervalle, puis continue, se remarque dans la laryngite ulcéreuse (*phthisie, syphilis*). — Dans l'*œdème de la glotte*, la voix est rauque, pénible, éteinte, coupée d'inspirations sifflantes particulières à la maladie. — Enfin des *corps étrangers* introduits accidentellement dans le larynx, et plus rarement des *végétations*, des *polypes* ou des *tumeurs* cancéreuses, des hydatides, des *calculs* même, peuvent produire l'aphonie en obstruant le larynx.

En dehors du larynx, et dans des cas assez nombreux, on doit d'abord chercher le point de départ de l'aphonie dans une lésion, une compression ou un tiraillement des *nerfs récurrents* par des tumeurs cervicales (goitre) ou intrathoraciques, dans certains anévrysmes de la crosse de l'aorte, dans un cancer de l'œsophage (Barret), etc. L'aphonie résulte également de toute *dyspnée extrême*, par défaut d'une suffisante quantité d'air expulsé par le larynx. Il en est de même dans la *paralysie du diaphragme* (Voy. PARALYSIES).

En dehors des lésions des organes de la respiration, d'autres lésions, occupant des organes plus ou moins éloignés, produisent également l'aphonie, mais d'une manière indirecte. C'est ainsi que l'on a noté une aphonie complète dans certaines affections des *organes génito-urinaires*, et que, parmi les *lésions encéphaliques*, il en est qui donnent lieu à la production du même signe, comme je l'ai observé dans un cas de ramollissement aigu du cervelet (*Union méd.*, 1855, p. 577).

D'autres conditions pathologiques nombreuses d'aphonie dans lesquelles le rapport de ce phénomène avec la maladie n'est pas toujours facile à saisir, sont : la présence des *vers intestinaux* dans le tube digestif, certaines *dyspepsies* (Chomel); plusieurs maladies générales bien déterminées, telles que la *peste*, les *fièvres intermittentes* (stade des frissons), les *fièvres pernicieuses* (forme aphonique), la *morve chronique* (laryngite symptomatique), l'*intoxication saturnine*, certaines névroses, comme l'*hystérie*; toutes les affections qui débilitent profondément l'économie (comme le *choléra*); et enfin l'ingestion des éméto-

*cathartiques* (fréquemment le tartre stibié) et de certaines *substances toxiques*.

**3° Signification.** — On voit d'après cette énumération que l'aphonie, survenant dans des conditions extrêmement variées, est loin de pouvoir être considérée comme un signe pathognomonique. Ce n'est qu'en le rapprochant des autres symptômes concomitants qu'on arrivera à en établir la signification. Dans les diverses laryngites, à l'aphonie proprement dite se joignent parfois des particularités de timbre dont j'ai parlé plus haut et qui, quoique plus ou moins étouffées, peuvent éclairer sur la valeur séméiologique de la perte de la voix. La constatation des signes de la phthisie pulmonaire pourra faire présumer que l'aphonie très-persistante est un signe d'ulcérations laryngiennes tuberculeuses; de même que des infections vénériennes antécédentes, et l'existence d'ulcères vénériens, de syphilides, d'exostoses, etc., feront penser que l'aphonie est sous la dépendance d'une laryngite ulcéreuse syphilitique.

Lorsqu'il existera des tumeurs du larynx (ce qui est rare), l'aphonie pourra venir en aide au diagnostic, sans avoir une valeur spéciale; mais cette valeur sera plus évidente dans les cas de modifications organiques bien manifestes des nerfs laryngés rappelés plus haut. C'est surtout dans certains cas d'anévrysmes de l'aorte latents que l'aphonie, en provoquant l'examen laryngoscopique, pourra être le point de départ des inductions diagnostiques (*Voy. ANÉVRYSMES*).

L'aphonie n'a guère d'importance pratique, à côté des autres signes concomitants, dans les cas de dyspnée extrême qui ne sont pas dus à une lésion du larynx, dans la bronchite capillaire grave, par exemple, ou bien encore dans les faits de paralysie du diaphragme, où la voix s'éteint faute d'émission suffisante d'air par le larynx. Cependant la perte de la sonorité vocale ne sera pas toujours un signe sans importance, lorsqu'on ne pourra la rattacher à aucune lésion matérielle évidente. Il faudra alors chercher l'origine de l'aphonie parmi les conditions que j'ai indiquées, car elle peut mettre sur la voie d'une affection mal caractérisée et à laquelle on ne songerait peut-être pas sans elle : telles sont l'intoxication saturnine, la présence de lombrics dans les voies digestives (principalement dans certaines contrées où les affections vermineuses sont le plus communes), l'hystérie ou toute autre névrose. C'est par voie d'exclusion que, dans les circonstances les plus difficiles, on pourra arriver à diagnostiquer le point de départ de l'aphonie.

Comme signe pronostique, l'aphonie n'offre pas d'autre importance que celle qui résulte de l'ensemble même des signes de l'affection à laquelle elle se rattache. Dans les cas où elle est le seul symptôme du côté des organes respiratoires, et due à une simple modification dynamique de l'appareil nerveux, le pronostic est évidemment favorable, comme celui de la cause qui produit l'aphonie.

**APHTHES.** — Depuis que les observateurs modernes ont cessé de confondre sous ce nom les maladies de la bouche les plus diverses, les aphthes sont considérés comme une affection vésiculo-ulcéreuse, développée au niveau des follicules muqueux, qui siège dans les différentes parties de la muqueuse buccale (Guersant), et qui affecte les enfants et les adultes. Les aphthes sont tantôt *discrets* ou éphémères et tantôt *confluents* ou stationnaires.

**1° Éléments du diagnostic.** — Les symptômes qui sont le point de départ du diagnostic, sont locaux seulement, ou à la fois généraux et locaux. Dans le premier cas (aphthes discrets), le malade se plaint de gêne, de chaleur ou même de douleur dans la bouche, au moment de l'exercice de la parole, de la mastication de la déglutition. L'inspection de cette cavité montre rarement alors des taches rouges ou des vésicules, qui sont la période du début des aphthes, les aphthes ne sont que les ulcérations résultant de la déchirure et de l'élar-

gissement de ces vésicules qui donnent lieu aux signes que j'ai rappelés tout à l'heure. Ces *ulcérations* sont arrondies, d'un diamètre variant d'étendue jusqu'à celle d'une pièce de cinquante centimes, à bords rouges, enflammés, parfois coupés à pic, et à fond couvert d'une matière crémeuse, jaunâtre, et se cicatrisant plus ou moins rapidement. — Lorsqu'il y a de la *fièvre* (avec les aphthes confluents), les phénomènes buccaux ont une intensité proportionnelle qui attire en même temps l'attention : *fétidité de l'haleine*, *salivation*, *engorgement des ganglions* sous-maxillaires, et, à l'inspection de la bouche, pustules et ulcérations quelquefois confluentes, tant elles sont rapprochées, prononciation et déglutition très-gênées, mastication impossible. Il se joint parfois à ces symptômes des *angoisses précordiales*, de l'*anxiété*, des *vomiturations* (Guersant).

✧ *Inductions diagnostiques.* — Les ulcérations le plus souvent superficielles qui constituent les aphthes discrets sont ordinairement faciles à reconnaître dès que l'attention du médecin a été attirée vers la bouche, où il constate rarement, en même temps, les élevures rouges ou les vésicules qui précèdent ces ulcérations. Cette coïncidence, lorsqu'elle existe, est d'une grande valeur pour le diagnostic. La couche ou plutôt la simple coloration blanchâtre qui recouvre le fond des aphthes ne peut, sans inattention, être confondue avec le *muguet*, la *diphthérie*, des ulcérations *sypilitiques*, ou avec des ulcérations *gangréneuses* lorsque le sang s'est concrété à la surface des aphthes. Cet exsudat jaunâtre serait pathognomonique selon Worms, en ce que, vu au microscope, on le trouverait formé de globules sphériques, différents des globules graisseux en ce qu'ils réfractent moins la lumière et sont moins accentués dans leurs contours (*Gaz. hebdom.*, 1864). — Il est souvent difficile de déterminer la cause des aphthes discrets, à moins qu'une cause locale, comme la saillie irrégulière d'une dent, n'ait manifestement déterminé la lésion ulcéreuse.

Les aphthes confluents ne s'observent guère que dans la Hollande, l'Inde, la Zélande, où les fièvres continues se terminent assez souvent par des aphthes confluents vers la fin de l'automne ou au commencement de l'hiver. La confluence des lésions buccales, réunie aux phénomènes fébriles, est assez caractéristique, surtout s'il s'y joint, comme commémoratifs, une alimentation grossière, l'usage exagéré de salaisons, d'épices, de boissons alcooliques, d'acides, ou des maladies gastro-intestinales : influences considérées comme favorisant le développement de ces aphthes confluents. La gangrène de la muqueuse les complique quelquefois.

Le siège des aphthes discrets peut rendre leur diagnostic difficile : lorsque, par exemple, ils occupent l'isthme du gosier ou le pharynx, dans un point inaccessible à nos moyens d'exploration. Il résulte habituellement de ce siège profond une *dysphagie* parfois très-douloureuse, qui inquiète les malades, et dont le médecin ne peut que soupçonner l'origine, en l'absence d'autres lésions pharyngiennes pouvant expliquer la difficulté de la déglutition. La présence d'autres aphthes dans des points visibles de la cavité buccale rendra plus probable alors l'existence d'un aphthe pharyngien.

✧ *Pronostic.* — Le pronostic des aphthes confluents présente seul de la gravité, surtout lorsque la maladie est épidémique, comme on l'observe en Hollande; la mort peut alors survenir par la transformation gangréneuse. Cette forme confluente constitue une affection qui n'a pas été encore suffisamment étudiée. Les aphthes discrets, sans être dangereux, sont parfois très-incommodes par leur persistance.

**APNÉE.** — Voy. DYSPNÉE.

**APOPLEXIE.** — Cette expression, employée autrefois pour désigner toutes

les affections cérébrales avec perte de connaissance subite et persistante, n'est plus appliquée aujourd'hui qu'à des épanchements de sang en foyer dans l'épaisseur des organes parenchymateux. Mais parmi les apoplexies ainsi comprises, il en est qui sont tout à fait latentes et ne constituent que de simples lésions anatomiques, comme l'apoplexie du cœur, celle des reins, de la rate. L'apoplexie du foie a bien donné lieu à des symptômes; mais ils ont toujours été si variables et si rapidement suivis de mort, que le diagnostic en est impossible.

En définitive, il n'y a que deux espèces d'apoplexies qui soient susceptibles d'être diagnostiquées pendant la vie : l'hémorrhagie cérébrale (quand on lui conserve le nom impropre d'apoplexie) et l'apoplexie pulmonaire. J'ai consacré un article particulier à l'hémorrhagie cérébrale, à propos de laquelle j'ai signalé les conditions pathologiques des phénomènes apoplectiformes considérés comme symptôme complexe. Il ne me reste donc qu'à traiter ici du diagnostic de l'apoplexie pulmonaire.

**Apoplexie pulmonaire.** — Lorsque, dans le cours d'une affection du cœur ou des poumons, à la suite des fièvres graves, ou par le fait de violences extérieures sur la poitrine, on voit survenir une *dyspnée* plus ou moins rapide avec *toux* plus ou moins vive, parfois *respiration trachéale* entendue à distance, avec *altération des traits*, vive *anxiété*, et une *hémoptysie* ou très-abondante ou légère, et dont le sang, dans le dernier cas, n'est pas entièrement mélangé aux crachats, on doit penser que l'on a affaire à une apoplexie pulmonaire. Mais il s'en faut que le diagnostic soit aussi simple qu'il le paraît à l'exposé des signes qui précèdent; et c'est ce qui a fait dire que l'on pouvait deviner plutôt que diagnostiquer l'apoplexie pulmonaire (Bouillaud). Laennec considérait comme des signes certains : une *hémoptysie* très-abondante, l'*absence du bruit respiratoire* dans un point limité du thorax, avec *râle sous-crépitant* dans son pourtour. Mais l'expérience n'a pas sanctionné cette description symptomatique, et l'on a été même jusqu'à nier la possibilité de l'hémoptysie, ce qui est aller beaucoup trop loin. Pour Grisolle, le seul signe important de l'apoplexie pulmonaire est une hémoptysie continue, ordinairement peu abondante, persistant pendant huit ou dix jours, avec coloration noirâtre du sang. Il s'en faut seulement que l'hémoptysie soit constante, et l'on peut dire qu'il en est de même de tous les autres signes qui ont été signalés. La *matité* entre autres, non-seulement peut manquer, mais encore être remplacée par la *sonorité normale* et même par une *exagération tympanique* du son, comme j'en ai observé, à l'hôpital Necker, un exemple qui m'a été révélé par l'autopsie (Voy. TYMPANISME). La plus grande abondance du sang ne peut pas non plus servir à distinguer l'apoplexie pulmonaire de l'hémoptysie due à une tout autre cause; et d'un autre côté, l'on n'a pu jusqu'à présent indiquer des signes distinctifs parfaitement nets entre l'apoplexie pulmonaire et la pneumonie, comme cela ressort d'une discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, en mai 1852 (*Union méd.*). Le docteur Goschen a vu aussi une pleurésie avec apoplexie du poumon s'accompagner des signes trompeurs d'une *méningite* (*Deutsche Klinik*, 1850).

On voit combien sont incertains les signes de l'apoplexie pulmonaire, dont le pronostic est d'ailleurs ordinairement très-grave. Parfois elle se complique de gangrène. Elle peut aussi produire la mort d'une manière foudroyante.

**APPÉTIT.** — Voy. FAIM.

**APYREXIE.** — Si l'existence des phénomènes fébriles a une grande importance comme élément ou donnée principale du diagnostic, il n'en est plus de même de l'absence totale de fièvre, ou apyrexie, puisque c'est là l'état physiologique, habituel, de l'organisme. Cependant il est un certain nombre de circons-

tances dans lesquelles l'apyrexie est un signe négatif dont on peut tirer part pour formuler le diagnostic.

L'apyrexie résulte de l'absence des phénomènes fébriles, c'est-à-dire du défaut de fréquence du pouls, et surtout de chaleur exagérée de la peau. Mais, comme je l'ai rappelé à l'article FIÈVRE, la fréquence du pouls, considérée isolément, ne constitue pas la fièvre, en sorte que l'apyrexie peut très-bien être admise dans certains cas d'accélération plus ou moins continue des battements cardiaques et vasculaires. C'est ce qui a lieu dans certaines affections organiques du cœur, sans que toutefois l'accélération de ces battements soit excessive. Le malade ne présente alors ni l'excitation générale, ni la chaleur fébrile.

L'apyrexie est un des signes principaux de beaucoup de maladies chroniques, et elle peut assez souvent servir à découvrir certaines simulations de maladies aiguës. Mais il y a d'autres circonstances dans lesquelles l'apyrexie constitue au contraire un signe trompeur. Sous ce rapport, il n'y a pas de condition dans laquelle ce signe négatif ait autant d'importance que dans les intervalles des accès de fièvre ou d'accidents intermittents; surtout s'ils ont le caractère pernicieux.

**ARACHNITIS.** — Voy. MÉNINGITE.

**ARACHNOÏDE.** — Voy. MÉNINGES.

**ARSENIC.** — Voy. EMPOISONNEMENTS.

**ARC SÉNILE.** — L'arc sénile, qui s'observe assez souvent chez le vieillard et quelquefois chez l'adulte, représente un cercle ou un arc opaque et d'un gris jaunâtre, occupant les limites de la cornée transparente, et qui est dû à une infiltration de granulations graisseuses. On a prétendu que l'existence de cette altération, qui ne gêne nullement la vision, était un signe d'une lésion analogue du cœur, qui avait subi la transformation graisseuse. Mais cette coïncidence n'est nullement démontrée comme un fait nécessaire, malgré les travaux intéressants publiés en Angleterre sur ce sujet par Edwin Canton et Quain (Voy. TRANSFORMATION GRAISSEUSE).

**ARÉOMÈTRE.** — Les aréomètres sont employés dans la pratique pour rechercher la densité des liquides provenant du corps humain, et en particulier celle des urines. Mais il est rare qu'on en fasse usage, les variations très-précises de la densité n'offrant pas des données très-utiles au diagnostic (Voy. URINES).

**ARTÈRES, ARTÉRIEL (Appareil).** — Au point de vue du diagnostic, on doit envisager séparément l'appareil artériel du cœur gauche (aorte et ses divisions) et l'appareil artériel du cœur droit (artère pulmonaire).

**I. Aorte et ses divisions.** — Ces vaisseaux, destinés à la grande circulation centrifuge, doivent être l'objet de considérations pratiques plus nombreuses que l'artère pulmonaire.

Il résulte de la disposition et des rapports anatomiques de l'aorte, que l'on doit, pour le diagnostic, tenir compte de ses différentes parties. La portion ascendante de la crosse étant située vers le niveau de l'articulation sterno-costale de la troisième côte droite, il en résulte que c'est à droite de la partie supérieure du sternum que l'on trouvera les signes des lésions de cette portion du vaisseau artériel. Les lésions de la crosse proprement dite seront plutôt cherchées au niveau même de la partie supérieure du sternum, ou au-dessus de sa limite supérieure. Les signes locaux provenant de l'aorte pectorale descendante seront perçus à gauche de la colonne vertébrale dorsale; enfin, c'est entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic que se manifesteront les signes fournis par l'aorte abdominale. Dans l'état physiologique, les palpitations ou battements aortiques sont nuls ou difficilement perçus à la palpation, sauf au niveau de



l'aorte ventrale chez les sujets qui ne sont pas chargés d'embonpoint, ou qui ont les parois abdominales relâchées. Par suite de maladies ou de lésions de l'aorte ces pulsations peuvent devenir accessibles à l'exploration, principalement lorsque que le vaisseau se rapproche des parois thoraciques ou abdominales, et à plus forte raison lorsqu'il y a usure des parties solides de ces parois, comme cela peut arriver à la poitrine.

Parmi les artères secondaires, toutes n'ont pas une position sous-cutanée et peu profonde, permettant d'y constater les pulsations artérielles normales qui constituent le POULS. Les artères carotides, brachiales, radiales près du poignet, les crurales et les poplitées sont celles où cette constatation est le plus facile. Mais dans l'état pathologique, ces pulsations, au lieu d'être senties ou à peine visibles, peuvent être exagérées au point d'être le siège d'expansions rythmiques très-prononcées à la vue, partout où les artères sont voisines des parties molles extérieures.

Les artères sont atteintes des lésions ordinaires aux organes creux canaliculaires, mais ces lésions ont leurs caractères propres, dérivant de l'organisation anatomique et du but physiologique de ces organes. Les artères sont rarement affectées d'inflammation (AORTITE, ARTÉRITE). Le plus ordinairement, sans que toutes les artères soient atteintes, on rencontre des DILATATIONS artérielles (anévrismes vrais), des RÉTRÉCISSEMENTS ou des OBLITÉRATIONS (par compression ou par coagulation du sang), des RUPTURES ou des PERFORATIONS tantôt incomplètes et donnant alors lieu à des ANÉVRISMES faux ou disséqués tantôt complètes, et alors suivies d'HÉMORRHAGIES internes très-graves. De plus, par les simples effets de l'âge et rarement par suite de l'inflammation, les artères sont atteintes d'INDURATIONS plus ou moins étendues, résultant de concrétions qui se développent vers l'intérieur de leurs parois. Ces concrétions de même que les caillots sanguins qui peuvent se former dans le cœur, peuvent pénétrer dans les artères de l'intérieur des tumeurs anévrysmales, constituant alors, lorsqu'elles sont devenues libres, des EMBOLIES artérielles, qui ont été l'objet de travaux intéressants dans ces dernières années.

La profondeur à laquelle ces lésions s'effectuent les rend souvent latentes. Lorsqu'elles peuvent être reconnues pendant la vie, c'est qu'il existe des signes locaux que l'on constate à l'aide de l'inspection, de la palpation, de la percussion, de l'auscultation, et de l'emploi d'instruments particuliers (sphygmomètres) imaginés pour constater avec précision les pulsations artérielles ou les bruits. Ces signes locaux sont principalement des PULSATIONS artérielles anormales, et bien les signes des tumeurs vasculaires.

**II. Artère pulmonaire.** — Cette artère a son tronc, qui est très-court et sa division destinée au poumon droit, très-voisins des parois thoraciques (Voy. POITRINE); et cependant elle ne fournit que des signes obscurs et mal définis, dont on ne peut tirer parti. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire et son obstruction par des coagulations sanguines sont ses deux lésions principales.

Peacock a étudié le rétrécissement, et il a pu en réunir 70 faits, sur 100 de lésions congénitales du cœur, ce qui démontre la fréquence du rétrécissement dans cette condition. Malheureusement les signes indiqués par lui manquent de précision, et ne peuvent faciliter le diagnostic (*Journ. für derkrankh.*, 1855, et *Union méd.*, 1856). Il en est de même d'un fait rapporté par le docteur J. Paget (*Lond. med. chir. Transact.*, 1844). Dans le rétrécissement considérable, Peacock l'a trouvé le plus souvent accompagné de perforation de la cloison interventriculaire, et, après lui, Meyer, de Zurich, de ce rétrécissement de l'artère pulmonaire la cause persistante de la con-

tre les deux ventricules, et de la persistance du trou ovale (*Arc.* 1859). Pourra-t-on tirer parti plus tard de ces faits pour le diagnostic qu'il est impossible de prévoir.

*oblitération de l'artère pulmonaire* par des caillots sanguins, elle s'accompagne d'une *opnée subite intense* et d'autres symptômes graves, sans signes de percussion et à l'auscultation (Ch. Baron), ou bien une *mort rapide*, comme l'ont observé le docteur J. Paget (*Lond. med.*., 1845), Aran (*Thèse de concours*, 1853), Charcot et Benj. Ball, 1858) (*Voy. OBLITÉRATIONS VASCULAIRES*).

**E.** — Considérée d'abord comme origine de la fièvre, lorsqu'elle s'est généralisée, et comme cause de la gangrène spontanée, lorsqu'elle est partielle, l'artérite est bien déchue du rôle que lui a fait jouer la physiologie. Il a été déjà question précédemment de l'*AORTITE*, ressembler en réalité à l'artérite étendue, telle qu'on l'avait considérée. Et, quant à l'artérite partielle, on ne considère plus les artères secondaires, ni la gangrène qui en résulte, comme étant la conséquence d'une inflammation locale du vaisseau. Sans doute c'est une cause d'oblitération et de gangrène dite spontanée, comme les expériences de Sasse et de Gendrin; mais elle ne peut expliquer les intéressantes recherches faites dans les derniers temps sur les embolies artérielles, démontrent que les collatérales des artères dépendent rarement d'une artérite (*Voy. ARTÉRIES et OBLITÉRATIONS VASCULAIRES*).

**ARTHRALGIE.** — Ce mot, qui semblerait ne devoir s'appliquer qu'aux douleurs des articulations, a été créé par Tanquerel pour désigner les douleurs plus ou moins généralisées et dues à l'intoxication saturnine, qui constituent une manifestation remarquable (*Voy. INTOXICATION SATURELLE*). Ces douleurs analogues se rencontrent aussi dans le scorbut, sous le nom d'*arthralgie*. Beau l'a également appliquée aux douleurs rhumatismales éprouvées par les membres inférieurs à une période avancée (*Voy. PHTHISIE PULMONAIRE*), et qui n'affectent pas non plus les articulations. Ce ne sont pas là des arthralgies proprement dites, mais on comprend que des douleurs articulaires.

Les arthralgies, ou douleurs articulaires, méritent une attention particulière comme signe diagnostique; car, si elles dépendent le plus souvent d'un *rhumatisme articulaire* aigu ou chronique, il y a encore un certain nombre de cas dans lesquelles la douleur articulaire attire l'attention et pour servir de départ des inductions diagnostiques (*Voy. ARTHRITE, RHEUMATISME*).

**E SIMPLE.** — On doit, avec Valleix (*Guide du méd. prat.*), employer ce mot pour désigner une inflammation articulaire, différente de l'arthrite de cause externe, puisqu'elle survient spontanément, et qui se limite à une ou plusieurs articulations, en donnant lieu ordinairement à une tuméfaction, et en laissant pendant un temps toujours assez long, après la disparition de son existence, c'est-à-dire une raideur plus ou moins considérable atteinte.

Cette arthrite est ordinairement mono-articulaire, et se déclare dans le cours d'une *phlogose*, à la suite d'un simple *cathétérisme vésical*, ou comme complication de la *phlébite*, d'une *fièvre intermédiaire*, ou de la pénétration, dans les os, d'une *matière tuberculeuse*, développée dans les os. La constatation de ces faits est le point capital du diagnostic, car elle permet souvent,

avec la fixité des signes observés au niveau de l'articulation, de trancher la question du diagnostic différentiel entre cette arthrite et le RHUMATISME ARTICULAIRE, dans lequel les douleurs des articulations sont mobiles de l'une à l'autre.

Graves signale l'inflammation articulaire (s'agit-il pour lui d'un rhumatisme?) comme se compliquant assez fréquemment d'hépatite avec ictère, et ensuite d'urticaire; si bien qu'il lui est arrivé de prédire l'apparition de l'urticaire en voyant l'ictère survenir dans les conditions que je viens de rappeler (*Clinique*, traduct. Jaccoud, 1862, 30<sup>e</sup> leçon).

**ARTHRITIS, ARTHRITIDES.** — L'arthritisme des anciens auteurs avait été oubliée, lorsque Bazin a voulu la remettre en lumière en la considérant comme une de ses quatre maladies constitutionnelles qui seraient l'origine des maladies cutanées de cause interne, et qui sont : la syphilis, la scrofule, la dartre et l'arthritisme.

Malgré les recherches assidues de Bazin, l'arthritisme ne se dégage pas suffisamment de la goutte et du rhumatisme, pour que l'on puisse en tracer un tableau satisfaisant. Sa symptomatologie est « encombrée d'une énumération d'affections qui probablement ne supporteraient pas un contrôle sérieux » (*De la Dartre et de l'Arthritisme*, Thèse de Gérin Roze, 1861). Je n'y insisterai donc pas longuement, car, pour être plus complet, il faut attendre que la question s'éclaircisse, si elle peut réellement s'éclaircir.

En attendant, voici le résumé très-succinct des caractères que Bazin attribue à l'arthritisme et aux arthritides :

1<sup>o</sup> **Arthritisme.** — Les premières manifestations seraient le développement du système musculaire, des transpirations exagérées, surtout à la tête, aux aisselles, aux mains, aux pieds et aux organes sexuels; la chute prématurée des cheveux, la tendance à l'obésité, l'appétit modéré, la constipation habituelle, les hémorroïdes, et surtout la disposition prochaine de toute la constitution à l'état goutteux. — La première période ou manifestation de l'arthritisme serait : une attaque de rhumatisme articulaire; un eczéma du cuir chevelu; l'érythème noueux (ou arthritique, suivant Bazin), d'autres érythèmes, l'urticaire, le zona, l'herpès, la fièvre bulleuse (pemphigus), les furoncles et les anthrax. Il faut ajouter : du côté des muqueuses, les coryzas, bronchites, ophthalmies, éruptions aphteuses; les migraines, la dyspepsie arthritique, des douleurs musculaires vagues, des épistaxis. — Dans la deuxième période, des attaques de goutte et de rhumatisme seraient des symptômes prédominants avec des affections cutanées persistantes, mais coïncidant ou alternant avec les précédents. — Dans la troisième période, les affections articulaires se généralisent et deviennent fixes (dépôts de matière tophacée, altérations des articulations). — Enfin, dans la quatrième période, se rencontrent des affections viscérales graves et nombreuses (affections du cœur, des poumons, du foie, des reins, les cancers).

Cette simple et rapide énumération suffit pour que l'on mette en question l'entité de l'arthritisme. Il est permis en effet de penser, avec autant de probabilités que les adeptes de cette maladie constitutionnelle en ont vers eux, que les caractères particuliers attribués à l'arthritisme peuvent n'être que des caractères accessoires et connexes de la goutte et du rhumatisme, que l'on considère ou non l'une et l'autre comme une seule maladie ou comme deux maladies différentes.

2<sup>o</sup> **Arthritides.** — Malgré les efforts de Bazin pour indiquer des particularités qui puissent différencier les manifestations cutanées ainsi désignées, et rappelées plus haut, il est évident que leurs caractères spéciaux sont insuffisants, et basés simplement sur des inductions, déduites de leur étiologie, plus ou moins

probables. Elles sont donc bien loin de former un groupe aussi légitime que celui des syphilides et celui des scrofulides. L'impossibilité d'une distinction claire des arthritides vient de ce que, dans la question de *diagnostic*, Bazin ne s'est guidé que d'après la nature si obscure de ces affections, sans pouvoir prendre son point de départ dans leurs formes qui n'ont rien de spécial, comme il faut le faire pour toutes les affections cutanées, ainsi que je l'ai dit ailleurs (Voy. PEAU [Maladies de la]).

**ARTICULATIONS.** — En dehors des affections chirurgicales, dont je n'ai pas à m'occuper, les articulations sont le siège d'affections locales ou de signes locaux, qui ont pour point de départ des maladies internes et qui, à ce titre, doivent être brièvement rappelées.

1° Si l'on excepte les faits de lésions traumatiques, on trouve l'ARTHRALGIE, l'ARTHRITE, l'HYDARTHROSE, qui ne sont pas des affections purement locales; et il en est de même de la GOUTTE et du RHUMATISME ARTICULAIRE, avec lequel on confond si fréquemment la plupart des maladies articulaires (Voy. RHUMATISME). La présence de ces affections, on peut croire, en effet : à un rhumatisme aigu, dans les cas d'arthropathies qui se montrent avec l'infection purulente, la morve, dans la convalescence de la scarlatine, dans l'hémophilie, dans la contracture idiopathique des extrémités; à un rhumatisme chronique, en présence des arthropathies syphilitique, saturnine, scorbutique, ou d'une tumeur blanche.

2° Les signes des affections qui occupent les articulations sont d'ailleurs nombreux. Les douleurs que l'on a comprises sous le nom d'arthralgies (Voy. ce mot) sont extrêmement variées, et n'occupent pas toujours les articulations. Les douleurs qui sont véritablement articulaires tirent principalement leur signification des signes locaux concomitants et des autres éléments du diagnostic. Elles ont pour caractère d'augmenter ou de survenir dès que les surfaces articulaires frottent l'une sur l'autre, lorsqu'il y a une lésion de ces surfaces. Si cette lésion est profonde, le glissement se fait difficilement, par saccades, avec bruit de frottement ou de craquement; c'est ce qui arrive dans le rhumatisme chronique, l'arthrite simple ou symptomatique, dans le scorbut (dans lequel les cartilages articulaires sont quelquefois détruits). Tantôt la douleur est le seul signe local existant, et tantôt il existe une déformation de l'articulation : un gonflement uniforme ou irrégulier. Le gonflement a lieu sans changement de couleur à la peau, comme dans le rachitis, la tumeur blanche, ou bien avec rougeur inflammatoire, accompagnée ou non d'arborisations veineuses. Le gonflement est surtout irrégulier dans les cas d'abcès articulaires (arthrites simples ou par infection purulente, morve, scorbut), dans la goutte et dans le rhumatisme chronique.

3° L'exploration des articulations a lieu, comme on le voit, par l'inspection, qui fait juger non-seulement de l'aspect extérieur des articulations, mais encore de l'attitude qui peut résulter des lésions qui y siègent. La palpation permet de constater la consistance des parties, d'y découvrir des corps étrangers flottant dans la synoviale et qui, avant d'être reconnus, peuvent simuler une affection rhumatismale chronique, comme on l'a vu au genou. La palpation fait encore constater la fluctuation lorsqu'elle existe, soit dans les parties extérieures, soit dans l'intérieur de l'articulation elle-même : distinction de siège qui n'est pas toujours sans difficulté (Voy. HYDARTHROSE).

Lorsque les mouvements sont difficiles et douloureux, on hésite quelquefois à décider si cette difficulté de mouvement provient d'une affection articulaire ou d'une affection de l'appareil musculaire. En pareil cas, on reconnaît que l'arti-

culatation est le siège de la lésion si, le malade s'abandonnant à lui-même, on prime des mouvements passifs de flexion et d'extension qui sont immédiats douloureux, tandis qu'ils ne le sont nullement si les muscles seuls sont atteints.

**ASCARIDES.** — Voy. ENTOZOAIREs (intestinaux).

**ASCITE.** — Caractérisée par l'accumulation d'un liquide séreux dans le péritoine, l'ascite est symptomatique dans la plupart des cas où on la rencontre. Elle constitue un état pathologique complexe qui, ainsi que l'anémie, compose d'un ensemble de signes que je dois d'abord exposer.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — L'ascite se présente à l'observateur dans des conditions très-différentes qu'il importe de distinguer : il y a beaucoup ou peu de liquide accumulé dans le péritoine.

a. — Lorsque la sérosité est accumulée en quantité suffisante pour distendre les parois abdominales d'une manière visible, cette *ampliation du ventre* est souvent le premier signe qui attire l'attention du médecin. Tantôt la distension est régulièrement globuleuse, considérable, de façon à écarter fortement les fausses côtes au niveau des hypochondres, en refoulant le diaphragme, et à soulever les couvertures avant qu'on ne découvre le malade. Tantôt la quantité de liquide étant moindre, et les parois du ventre étant relâchées soit par des distensions antérieures chez la femme, soit par le fait d'une distension précédente plus forte, le ventre n'est pas aussi régulièrement globuleux; il est comme déformé à sa partie moyenne dans le sens de la ligne blanche, surtout vers l'épigastre, élargi et renflé sur les côtés, justifiant la comparaison que l'on a faite entre l'abdomen humain avec celui d'un batracien; ici les côtes ne sont pas soulevées visiblement. Dans le cas de distension extrême, la peau peut être tendue, brillante, luisante, sans coloration particulière si la marche de l'ascite a été rapide; ou bien, si l'ascite est ancienne, la peau est blanche, œdémateuse, et, si l'ascite manque, sèche et d'aspect terreux; dans les deux circonstances, elle est marquée manifestement par des veines dilatées assez volumineuses; enfin elle peut offrir des ecchymoses et des taches noirâtres. Lorsque la quantité de liquide est moins considérable et que les parois abdominales, relâchées, sont médiocrement distendues, l'abdomen n'offre pas de résistance, à moins qu'il n'existe une tumeur sensible à la palpation et quelquefois même à la vue; la peau peut présenter les dilatations veineuses signalées dans le cas précédent, et les rides éraillures qui sont les traces d'une distension ancienne et considérable. — Dans l'une et l'autre condition, on perçoit de la *fluctuation* au niveau de l'abdomen en frappant un de ses côtés avec l'extrémité des doigts d'une main, tandis que l'autre main, appliquée du côté opposé ou à une certaine distance, perçoit la sensation de flot due à l'ébranlement du liquide. — La *percussion* au niveau de l'épigastre, où se trouve refoulé l'intestin, donne un son clair qui est d'autant plus étendu au-dessous que le liquide est moins abondant. La limite inférieure du son clair s'obscurcit rapidement si l'on percuté plus bas, et se change complètement en une matité qui s'étend jusqu'en bas, et dont la limite supérieure affecte, d'un côté à l'autre de l'abdomen, une courbe en croissant à concavité supérieure. Cette courbe, régulière et symétrique si le malade est couché sur le dos, affecte une direction oblique si le malade se couche sur l'un des côtés, de manière que la matité s'abaisse dans le flanc du côté relevé, tandis qu'elle monte plus haut du côté opposé. En un mot, la matité est inmobile et change de position latéralement suivant la position du sujet, en obéissant aux lois de la pesanteur. On constate facilement ces particularités en percutant d'un côté la partie supérieure du son mat, le sujet étant couché sur le dos, puis en percevant de nouveau le même point, le malade couché sur le côté opposé; la matité

**née en son clair.** — Dans les cas où l'abondance de l'épanchement il y a des signes secondaires qu'il ne faut pas négliger; ce sont des *énibles*, parfois des *nausées*, des *vomissements*, de la *soif*, mais non une soif inextinguible attribuée aux hydropiques; du côté des voies, par suite du refoulement du diaphragme vers la poitrine, où je l'ai la hauteur de la troisième côte droite, une *dyspnée* plus ou moins surtout dans le décubitus horizontal, et à la percussion de la poitrine a poumon refoulé, un son manifestement *tympanique* que j'ai emier, à propos de tous les cas de refoulement analogue (*Voy. Tym-* enfin, dans certains cas exceptionnels, la peau, amincie et très-dissaille au niveau de la ligne blanche ou de l'ombilic, et sa *rupture* due continue au liquide; plus souvent ce sont des éraillures anarriennent aux membres inférieurs fortement oedématisés, et qui, en a sortie du liquide, font diminuer non-seulement l'œdème des mem- encore l'ascite elle-même.

**me des membres inférieurs**, constant dans les cas d'ascite assez e, offre des degrés divers : tantôt très-développé ou médiocre comme ent ascitique lui-même, ainsi que cela a lieu dans la plupart des peu prononcé ou très-marqué, l'hydropisie du péritoine étant dans ons opposées.

qu'il y a très-peu de liquide épanché dans le péritoine, il peut ne a à aucun signe s'il séjourne dans la profondeur du bassin. Mais s'il nsidérable, sans toutefois produire de tuméfaction sensible de l'abdo- ut être accessible à l'exploration par la percussion et la fluctuation. la *fluctuation*, dans la partie la plus déclive des parois abdominales, épanchement, est beaucoup plus difficile à percevoir que dans une s élevée. En pareille circonstance, on devra suivre le procédé de conseil de chercher à produire la fluctuation, non plus d'un côté à l'abdomen, mais en appliquant une main dans le petit espace où l'on la présence du liquide et en percutant avec l'indicateur de l'autre lques centimètres de distance. Mais la *percussion* est encore ici le lus précieux. En percutant la zone inférieure du ventre, on obtient un i, perçu latéralement au-dessus de l'arcade crurale, fait place à un ans le même point dès que l'on a fait coucher le malade du côté

**tions diagnostiques.** — Le diagnostic de l'ascite ne présente pas de brièves dans les cas où le liquide épanché dans le péritoine est assez our déformer l'abdomen, et donner lieu à la fluctuation et à la mar- istique, mobile et à concavité supérieure, dont il a été précé- ession. Lorsque le liquide est peu considérable et qu'il occupe seu- arties déclives, la fluctuation peut être douteuse; mais alors on a ultats de la percussion une donnée précieuse de diagnostic, et dont eur se tire encore de la mobilité de l'obscurité du son, suivant les e l'on fait prendre au malade. — La marche de l'ascite, qui est nt lente, ne peut offrir aucune donnée utile au diagnostic, et il en s des causes non organiques auxquelles on l'a attribuée (refroidis- pression d'un flux, violences extérieures, accès de colère?).

importance des signes locaux, l'ascite pourrait être confondue, et ouvent, avec plusieurs autres affections, et principalement avec e *enkystée de l'ovaire*. Si cette dernière affection n'est pas déve- nanière à envahir la plus grande partie de l'abdomen, il y a tumé-



faction du ventre et fluctuation comme dans l'ascite; mais la percussion fournit une matité qui ne varie pas avec les différentes positions prises par le malade; cette matité est complète du côté de l'ovaire où le kyste a pris naissance tandis que, du côté opposé, quelle que soit la position du malade, le son est plus ou moins clair, les intestins étant refoulés de ce côté; de plus, la matité au lieu de décrire supérieurement une ligne concave comme dans l'ascite décrit une ligne convexe dans le même sens. Il y a pourtant des cas où l'hydrométrie enkystée d'un ovaire, envahissant l'abdomen jusqu'à l'épigastre, peut simuler plus facilement une ascite, et l'on rencontre parfois des difficultés diagnostiques très-grandes; mais il est rare que la sonorité latérale de l'abdomen d'un côté, et la connaissance que peut donner le sujet du développement primitif de la tumeur vers la fosse iliaque opposée, ne permettent pas de lever tous les doutes, ainsi que Rostan l'a indiqué. — Une autre distinction bien importante est celle qu'il faut établir entre l'ascite et la *grossesse*, surtout pendant les premiers mois de la gestation; car dans les derniers, les mouvements de l'embryon et l'auscultation des battements du cœur du fœtus ne permettent pas le doute. Pendant les premiers mois, il ne faut que de l'attention pour éviter l'erreur, car, même en l'absence du bruit placentaire et du ballotement (Voyez les mots), on constate au palper la forme du globe utérin, l'obscurité de la fluctuation, et à la percussion, la convexité supérieure de la matité abdominale fixité dans les différentes positions. — Les mêmes différences existent entre l'ascite et l'hydrométrie, de même qu'entre l'ascite et une rétention comparable d'urine. Dans ce dernier cas, le cathétérisme vésical lèvera d'ailleurs tous les doutes en donnant issue au dehors à l'urine, dont l'écoulement fera disparaître les signes d'abord observés. — Outre ces causes d'erreur les plus communes, il en est d'exceptionnelles qui rendent quelquefois la méprise inévitable, comme cela eut lieu dans le fait observé par le docteur Frolich, d'une collection liquide sous-péritonéale des parois du ventre. Cet épanchement communiquait par quatre perforations avec l'intérieur du duodénum, qui adhérait aux parois abdominales, et deux noyaux de cerise se trouvaient dans cette poche accidentelle. — Il y a encore des maladies rares qui peuvent faire croire à une ascite qui n'existe pas. Telle est la dilatation considérable de l'estomac, dans laquelle on peut constater une fluctuation manifeste. Cependant, si l'on examine pas légèrement le malade, deux signes feront rejeter l'existence de l'ascite : 1° Il existera des points où la matité fera défaut dans les parties les plus déclives du ventre. 2° En constatant la fluctuation, on produira un bruit de gaz des gaz étant mélangés au liquide dans l'estomac dilaté, ce qui n'a pas lieu dans le péritoine, dans les cas d'ascite. — On a vu aussi un kyste hydatique du foie développé énormément vers l'abdomen, simuler une ascite; mais il est évident qu'en pareil cas encore, l'absence de matité dans des points de la partie la plus inférieure de l'abdomen devra faire exclure l'existence d'une ascite.

Ces derniers faits démontrent l'importance de la percussion méthodique dans les parties les plus déclives de l'abdomen, qui doivent toujours, dans les différentes positions prises par le malade, fournir un son mat.

L'ascite une fois reconnue, il faut en déterminer l'origine. Or, on admet que toutes les ascites pouvaient, sous ce rapport, se diviser en trois espèces : à un obstacle à la circulation veineuse; à une altération du sang; à une simple irritation sécrétoire du péritoine.

a. — J'intervient à dessein l'ordre dans lequel on expose ordinairement les trois conditions fondamentales, parce que la première chose à considérer, chez le malade, est leur fréquence relative, le praticien devant songer avant tout

il sont de beaucoup le plus fréquentes. A ce titre, il doit rechercher si n'existe pas d'obstacle à la circulation veineuse, ce qui est sans condition principale, comme on l'a reconnu depuis la publication des de Bouillaud sur ce point de pathologie.

Tout au niveau du foie et des orifices du cœur qu'il faut rechercher des mécaniques au cours du sang veineux. Tantôt il existe un *phlébite* ne porte, tantôt une compression de son tronc par une *tumeur* ou ses *radicules* dans le tissu même du foie, comme on le voit dans la La compression de la veine porte peut aussi donner lieu à l'ascite, est produite par les ganglions lymphatiques hypertrophiés, comme l'a signalé au début de l'adénie (*cachexie lymphatique*). L'obstacle au sang veineux réside fréquemment à l'un des *orifices rétrécis*. Ces rétrécissements des orifices du cœur et la cirrhose sont les causes communes, et les signes de ces affections, dont j'ai traité ailleurs, sont pour les faire reconnaître dans la plupart des cas. Mais l'ascite elle-même présente de part et d'autre des signes particuliers sur lesquels il est utile

dans l'ascite par affection du foie, le développement considérable des tumeurs superficielles de l'abdomen indique que le foie en est le point de départ. C'est un signe important qu'il ne faut pas négliger comme donnée générale.

La cirrhose, l'ascite se montre et devient parfois très-accusée avant même apparaisse aux membres inférieurs, et lorsqu'elle a acquis un développement considérable, ce qui est l'ordinaire, le volume du ventre et des membres inférieurs contraste à première vue avec la sécheresse de la peau et la raideur prononcées de la moitié supérieure du corps. De plus, quels que soient l'augmentation abdominale et le refoulement du diaphragme, on constate que le volume du foie, qui est diminué de volume, ne remonte guère plus haut que l'état normal vers la poitrine, et que le palper brusque et profond, sur les fausses côtes droites, ne fait percevoir aucune résistance. — Ces divers caractères peuvent servir à différencier l'ascite due à la cirrhose de celle due à une autre affection du foie avec augmentation de sa masse : au *hépatisme* par exemple, dans lequel le foie peut, d'une part, être ressenti dans le côté droit de la poitrine, et, d'autre part, être senti à la base opérée brusquement sous les côtes. Je ferai remarquer, du reste, que l'ascite est loin d'être constante dans le cancer du foie. Dans les cas de *phlébite* de la veine porte, l'ascite est le signe principal, du moins celui que l'on voit tout d'abord, avec l'œdème des membres inférieurs, considéré

comme le seul que l'on puisse rattacher à la phlébite. Mais dans ces derniers cas on a constaté un ensemble de signes qui a été considéré comme caractéristique, et dont il faut tenir grand compte; parmi ces symptômes, les principaux sont la douleur, le météorisme, les frissons violents, le développement quelquefois le développement simultané de la rate, l'ictère (*Voy.*

des maladies du cœur, où les hydropisies sont multiples par leur siège, le développement considérable, est rarement un signe qui attire plus particulièrement l'attention, comme cela arrive fréquemment dans les maladies du foie. Lorsqu'il y a un obstacle au sang veineux, et ordinairement rétrécissement des orifices, l'ascite se développe seulement après l'œdème des membres inférieurs et coïncide ordinairement avec d'autres épanchements séreux.

L'ascite peut être due à des *altérations du sang*, comme les autres épanchements, qu'Andral et Gavarret rattachent à la diminution de l'albumine du

sang. On a rencontré cette ascite : dans la *maladie de Bright*; dans le cours de certains *exanthèmes* récents, comme on l'observe surtout dans l'enfance; à la suite d'hémorrhagies multipliées; par le fait d'une *mauvaise hygiène*, ou dans les *cachexies*. Dans ces différentes circonstances, l'ascite a pour caractère d'être peu considérable, parfois douteuse même, tant elle est peu prononcée, et de se montrer simultanément avec l'anasarque dans diverses autres parties du corps.

c. — Enfin on a, en l'absence de toutes ces causes pathologiques, admis des ascites dites *essentiell*es ou par *simple irritation sécrétoire*, termes qui cachent notre ignorance sur leur étiologie, plutôt qu'ils n'indiquent leur véritable nature. Dans l'état actuel de la science, les ascites de cette espèce doivent-elles conserver leur place dans le cadre nosologique? Cela me paraît douteux; car des faits suffisamment observés n'ont pas mis leur existence complètement hors de doute, et les signes réels de cette espèce d'ascite sont purement négatifs, à part ceux de l'épanchement, et le symptôme assez vague d'une douleur abdominale. Rien d'ailleurs ne prouve que les causes de cette forme d'ascite, causes que j'ai rappelées plus haut et auxquelles on a attribué l'ascite en pareil cas, en soient réellement l'origine. Il faut distinguer de cette ascite par irritation sécrétoire celle qu'on pourrait attribuer à la PÉRITONITE. Dans certains cas de cette maladie, en effet, ainsi que j'en ai vu deux exemples, l'épanchement liquide est assez considérable pour simuler une ascite; mais dans la péritonite ascitique, le liquide est séro-purulent, et non séreux, et il n'y a aucun des signes autres que l'épanchement péritonéal que l'on puisse attribuer à un obstacle de la circulation hépatique ou cardiaque.

Le diagnostic de l'ascite doit se compléter par la détermination de son état aigu ou chronique, ou ce que l'on a appelé l'état *sthénique* ou *asthénique* de cette espèce d'hydropisie; c'est, en effet, une donnée qui peut être utile pour le traitement.

3° *Pronostic*. — L'ascite est le plus souvent une chose grave; non pas que la terminaison funeste puisse être exclusivement due à l'ascite, mais la compression des organes abdominaux et thoraciques, qui résulte d'une ascite très-abondante, contribue aussi à accélérer la mort. Celle-ci est due principalement aux progrès de l'affection organique qui, presque toujours, est l'origine de l'hydropisie. Quant à la guérison, elle survient dans certains cas exceptionnels très-rare, que la résorption soit spontanée ou due en apparence à l'emploi de certaines médications. Les conditions organiques de ces guérisons, le plus souvent inattendues, ne sont pas toutes encore bien déterminées, malgré l'intéressant travail de Mondière sur ce point de pathologie (*l'Expérience*, t. VII); il signale principalement les *flux divers* par les urines, les vomissements, les selles, les sueurs comme des crises amenant ces guérisons. Graves rapporte dans sa *Clinique* (t. II, traduct. Jaccoud) la guérison rapide d'une ascite, qui avait duré treize années et qui disparut rapidement après une diurèse et des sueurs abondantes, en même temps que les règles, peu abondantes jusque-là, étaient devenues plus copieuses et plus fréquentes. Moreno y Lopez (*Espana medica*, 1867), a vu une ascite chronique guérir à la suite d'une péritonite aiguë déterminée par une chute; la résorption du liquide était complète au bout d'un mois. Chomel a observé, comme effet consécutif à ces guérisons, qui laissent les parois abdominales relâchées, une dyspepsie qui cède à l'emploi de moyens mécaniques de contention (ceinture), ce qui est la preuve que le relâchement des parois du ventre a bien l'effet qu'il lui a attribué.

**ASPHYXIE** — L'asphyxie est-elle ou non une maladie? Cette question

éliminaire étonnera ceux qui considèrent l'asphyxie comme une affection caractérisée par une suspension des fonctions respiratoires, qui entraîne celle de toutes les autres fonctions. Cependant Faure, à qui l'on doit, sur ce sujet, ingénieuses et nombreuses recherches, que je mettrai à contribution dans cet article (*Arch. de méd.*, 1856, t. VII, VIII; 1858, t. XI, XII), Faure nie que les phénomènes asphyxiques constituent une véritable maladie. Après avoir critiqué les théories proposées, il établit que l'asphyxie n'a pas pour point de départ, ainsi qu'on le professe, la suppression de la respiration ou de la circulation, mais bien la *diminution simultanée de ces deux fonctions*, tant la compression de l'hématose et le ralentissement de la circulation se suivent de près. Toute perturbation de l'hématose, dans quelque organe qu'elle se produise, serait, pour Faure, l'asphyxie. Mais cette formule théorique embrasse trop d'états disparates par leurs manifestations et par leurs causes, pour être approfondis, dans la pratique, sous le nom générique d'asphyxies. Nous considérons donc seulement ici, sous le titre d'asphyxie, les accidents pathologiques qui résultent de la suspension des phénomènes respiratoires, ou plutôt du défaut d'échange des gaz dans les poumons (oxygène et acide carbonique), caractère fondamental sur lequel a insisté avec raison Claude Bernard.

1° *Éléments du diagnostic.* — Considérés d'abord d'une manière générale, les phénomènes asphyxiques, quelles que soient leurs causes, ne diffèrent pas d'une manière essentielle : caractère important sur lequel a insisté avec raison Faure dans ses différentes publications. L'asphyxie, dit-il, quelle que soit sa cause, est une. Elle est la représentation la plus exacte de l'hyposthénie : du commencement à la fin, ce n'est qu'un *affaiblissement graduel des forces vitales*, d'abord des *facultés intellectuelles*, ensuite des *forces locomotrices*, puis des *fonctions organiques*, et enfin des *propriétés propres des tissus*. La *sensibilité*, dont la disparition graduelle est le plus facile à suivre, s'éteint d'abord dans les extrémités des membres, et diminue progressivement; à un moment, elle n'existe plus que dans une partie du corps très limitée, la pupille. Le retour à la vie est indiqué par le retour graduel, une à une, et dans un ordre inverse de celui de leur disparition, de toutes les propriétés, de toutes les fonctions et de toutes les facultés. Jamais la locomotion ne se rétablit que tardivement, les facultés intellectuelles et morales plus tardivement encore. Le fait fondamental de l'asphyxie est, en somme, l'abolition de l'excitabilité générale; et celui du retour à la vie est le réveil de cette propriété (*Arch. gén. de méd.*, 1856, t. VIII).

Cependant si l'ensemble des phénomènes de l'asphyxie se prête à cette description générale, ces phénomènes n'en sont pas moins variables suivant la manière dont s'est produite l'asphyxie, et, pour certaines particularités importantes, suivant la cause qui l'a occasionnée. Mais cette diversité apparente des phénomènes dépend surtout de la diversité des accidents de la *première période*, qui précède l'asphyxie proprement dite (Faure).

Les phénomènes de la première période varient suivant qu'ils sont rapides ou bien lents et graduels. Quant à l'asphyxie complète qui les suit, et qui est la mort apparente, elle peut se montrer d'emblée sous l'influence de certaines causes qui seront rappelées plus loin.

2° *Inductions diagnostiques.* — Je dois d'abord éliminer de cet article un grand nombre d'asphyxies qui se révèlent d'elles-mêmes par la connaissance nécessaire de la condition étiologique dans laquelle elles sont survenues. La strangulation, la compression du corps, la pendaison, la submersion, la congélation, les vapeurs de charbon produites par un réchaud accusateur, l'acide carbonique des puits abandonnés, les vapeurs des cuves en fermentation, les gaz

des fosses d'aisances, et enfin l'emploi préalable du chloroforme en inhalation pour obtenir l'anesthésie, sont toujours des causes connues qui témoignent la nature asphyxique des accidents observés, et je n'ai pas à m'y arrêter.

Dans tous les faits d'asphyxie dont la cause n'est pas ainsi connue immédiatement, le médecin se trouve en présence de l'un des trois ordres de phénomènes rappelés plus haut et que je dois successivement examiner : l'asphyxie complète, les accidents précurseurs rapides; les accidents précurseurs se développant lentement et graduellement.

a. — L'asphyxie proprement dite, l'asphyxie complète, est une mort apparente dans laquelle la sensibilité des parties supérieures du corps, et surtout celle de la pupille, est conservée, ainsi que la contractilité musculaire, du moins celle du cœur. C'est en cherchant à exciter cette sensibilité de l'œil, celle des narines, de la peau par des titillations, des piqûres, des pincements, et, en cas d'insuccès en promenant un fer rougi au feu sur la partie antérieure de la poitrine, que l'on provoque des mouvements qui démontrent que la mort n'est pas réelle. Faut-il recommander comme moyen de traitement les cautérisations, que je ne recommande pas, ou celle que comme moyen de diagnostic, insiste sur leur efficacité lorsque les autres excitants ne réveillent pas les forces vitales.

b. — Un second ordre de faits est celui dans lequel les phénomènes précurseurs de l'asphyxie complète se développent rapidement. Ces phénomènes sont en nombre d'autant moindre qu'ils se succèdent avec plus de rapidité. Ils sont d'ailleurs très-variables. Ce sont : un état de *malaise avec oppression*, des *vertiges*, de la pesanteur ou de la douleur de tête, des troubles de la vue, des tintements d'oreille, parfois des *convulsions*, et enfin la *perte de connaissance* : tantôt avec anesthésie rapide des extrémités vers le centre, et perte de la myotilité; tantôt avec persistance de *mouvements respiratoires, gargouillements humides* entendus à distance, *face* tantôt pâle et tantôt injectée, *lacrée*, surtout à l'origine des muqueuses.

c. — Lorsque l'asphyxie suit une marche plus lente, on observe plus complètement les phénomènes que je viens de rappeler. Les troubles respiratoires et circulatoires dominent ici pendant un temps plus ou moins long, et les troubles nerveux ne sont en quelque sorte qu'accessoires jusqu'à ce que l'asphyxie, prononçant davantage, tende à devenir complète et à se terminer par la mort. C'est à cette forme d'asphyxie que se rapportent les descriptions que l'on trouve exposées dans la plupart des traités de pathologie : la *dyspnée* extrême, l'*oppression*, l'*agitation*, l'*anxiété*, la *bouffissure de la face*, sa *teinte violacée*, surtout à l'origine des muqueuses, les *sugillations*, les *suffusions sanguines*, les *ecchymoses* sur le corps, phénomènes qui ne sont que des effets secondaires de l'asphyxie, de même que l'engorgement du *foie*, celui des *veines*, et celui des cavités droites du *cœur*, d'où résulterait la matité étendue constatée par la percussion au niveau de ces cavités.

Que l'on reconnaisse ou que l'on soupçonne seulement l'existence de l'asphyxie, la recherche de la cause des phénomènes observés est le point capital du diagnostic. La privation d'air, les gaz dits toxiques, et les maladies internes, sont les causes qu'il faut rechercher, en ne perdant pas de vue que les deux premiers produisent toujours des accidents ordinairement imprévus. — L'asphyxie par privation d'air, avec liberté des voies respiratoires, est ordinairement produite par une violence extérieure bien évidente, mais elle peut résulter, chez les nouveau-nés, de l'application trop serrée de langes autour du tronc (Tardieu), ou à laquelle on peut ne pas songer d'abord. Il en est de même de la pénétration dans le larynx de corps étrangers dont on ne soupçonne pas la présence, comme

par exemple, chez des enfants qui craignent d'avouer le fait ; l'instantanéité des accidents asphyxiques le fera le plus souvent soupçonner. Cela arrive encore pour les ivrognes, pour les paralytiques, surtout pour ceux qui sont aliénés, et chez lesquels les aliments ont pénétré fortuitement dans la cavité laryngienne. La circonstance de l'invasion de l'asphyxie au moment du repas, sans autre cause apparente, devra mettre le praticien sur la voie du diagnostic. Ainsi que l'a remarqué à ce propos Savary (*Dict. des sc. méd.*, t. II), la suffocation, qui alors est parfois instantanée, peut aussi être lente ; et, dans ce dernier cas, il survient de la *toux*, des *convulsions*, la *face* se colore, s'injecte, devient livide, et les autres symptômes de l'asphyxie surviennent.

Les phénomènes asphyxiques que produisent la viciation de l'air dans des lieux confinés, ou le mélange à l'air de gaz dits toxiques, sont ceux dont l'origine peut être plus souvent être méconnue par la pratique. Le séjour dans un lieu confiné, dans une pièce close et garnie de fleurs, ou nouvellement peinte (à la térébenthine), mais principalement le séjour dans des chambres à coucher, dans lesquelles s'insinuent graduellement des vapeurs carboniques à travers les planchers, les plafonds ou les murs, sont suivis d'accidents que l'on ne songe pas toujours à considérer comme asphyxiques. C'est ce qui arrive dans le cas de filtration de gaz qui proviennent quelquefois d'une partie très-éloignée de la chambre, d'une poutre carbonisée sous un foyer, par exemple. Dans des circonstances de cette espèce, et en présence d'un individu inanimé ou en proie à des râles d'agonie, l'on peut croire à une *syncope* simple, à une *rupture anévrysmale* pendant le sommeil, à une *congestion* ou à une *hémorrhagie cérébrale*, à une *madie du cœur* portée à un haut degré. Mais indépendamment des caractères différentiels qui dépendent de ces divers états pathologiques, il en est quelques-uns qui mettent souvent sur la voie du diagnostic ; c'est, par exemple, le *malaise* et bientôt la *perte de connaissance* qui peuvent atteindre les personnes qui pénètrent auprès des individus frappés ; c'est encore la *multiplicité des victimes* atteintes à la fois, lorsqu'elles sont couchées dans la même chambre. Lorsque l'asphyxie est due à du gaz à éclairage, l'odeur pénétrante de ce gaz suffit pour en découvrir la cause. On peut rapprocher de ce fait les asphyxies subites produites, suivant Fourcroy, par les gaz exhalés par des cadavres au moment de leur exhumation.

Les *asphyxies symptomatiques* dues à des causes internes, et qui sont le plus souvent lentes et graduelles, sont très-nombreuses et très-intéressantes à connaître ; je ne ferai que les indiquer très-sommairement, attendu qu'à propos de la *CYANOSE*, signe si fréquent d'asphyxie, je les ai énumérées avec détail. Mais je dois faire observer que, en dehors des cas si nombreux d'asphyxie d'origine interne, la cyanose fait défaut lorsque l'asphyxie est rapide. C'est ce qui arrive dans l'asphyxie subitement mortelle que peut déterminer l'obstruction de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins (*Voy. EMBOLIE artérielle*), dans celles qui dépendent de la paralysie du pharynx (passage subit du bol alimentaire dans le larynx), d'un violent spasme de la glotte, de la rupture de kistes hydatiques ou d'abcès tuberculeux dans les bronches : dans tous les cas, en un mot, où l'asphyxie est une véritable suffocation, et dans ceux où il y a compression rapide du nerf pneumo-gastrique, selon Moutard-Martin (*Société médicale des hôpitaux*, novembre 1855). Tout obstacle organique sérieux à l'introduction de l'air dans les voies aériennes et siégeant dans la bouche, le pharynx, la glotte, le larynx, la trachée, toute obstruction dans la circulation pulmonaire en aval, en amont ou au niveau même du poumon, toute affection grave du cœur avec affaiblissement prononcé de l'organe (asystolie), de même



que certaines altérations profondes du sang (choléra, quelques empoisonnements), ou certains troubles graves de l'innervation paralysant ou convulsant les muscles inspirateurs : telles sont en bloc et dans leur ensemble les actions pathologiques qui peuvent être l'origine d'une asphyxie. La plupart d'elles ne la produisent que lorsque leur action sur les poumons et le cœur est très-lente ; car lorsque cette action est lente, on est surpris de voir la respiration s'effectuer sans suffocation avec des poumons qui, par exemple, sont et l'autre réduits à des parcelles de tissu fonctionnant, évidemment insuffisant pour l'hématose.

Le degré auquel sont arrivés les accidents est un point bien essentiel à considérer dans tous les cas d'asphyxie sans exception. 1° N'existe-t-il que les phénomènes de la première période, qui ne sont pas encore l'asphyxie proprement dite ? 2° Y a-t-il perte de connaissance, des mouvements, et d'une grande partie de la sensibilité avec conservation des mouvements respiratoires et du cœur ? 3° Joint-il à ces symptômes le défaut de mouvements respiratoires, mais avec contractions cardiaques manifestes à l'auscultation, quoique de plus en plus lentes ? 4° Enfin y a-t-il même absence complète de ces contractions ? Telle la série de questions qu'il faut se poser. Il y a des formes d'asphyxie qui montrent toujours avec le même degré, telle que l'*asphyxie des nouveau-nés* qui affecte les caractères de la mort apparente, et qui n'est pas une simple écope, comme on l'a dit.

Parmi les complications, il en est de passagères, comme le *délire furieux* qui survient chez les noyés ou les pendus rappelés à la vie, et d'autres plus graves, comme les *paralysies consécutives* d'un ou de plusieurs membres, lesquelles H. Bourdon a publié une thèse intéressante (1843) relative à la paralysie consécutive à l'asphyxie par le charbon. Leudet en a publié une remarquable observation dans les derniers temps (*Arch. de méd.*, 18 t. IX, p. 476), et plus récemment, il a signalé l'asphyxie par le charbon comme donnant lieu à des troubles dans les nerfs périphériques, moteurs sensitifs, vaso-moteurs. Ces troubles périphériques donnent lieu pendant la vie aux symptômes locaux de la névrite (douleur, tumeur, abcès), et dans les nerfs vaso-moteurs, à la rougeur, et au développement d'éruptions bulleuses et herpétiques que l'observation moderne a rattachées, cliniquement et anatomiquement, à des lésions des nerfs vaso-moteurs. Les lésions de ces derniers seraient passagères et celles des nerfs moteurs et sensitifs seraient plus durables, quelquefois même incurables. Enfin les faits permettent de soupçonner que cette asphyxie peut produire certaines névroses (*Arch. de méd.*, 1865, t. V). Il ne faut pas perdre de vue les faits de cette espèce, qui dépendent d'une lenteur extrême dans le retour des fonctions locomotrices.

3° *Pronostic.* — Le pronostic de l'asphyxie sera nécessairement très-varié suivant une foule de circonstances : l'intensité ou la durée de la cause, la cause elle-même, les phénomènes plus ou moins avancés qui caractérisent l'asphyxie, les accidents qui lui succèdent ; et surtout suivant sa durée, lorsque la mort est apparente. Dans ce dernier cas, il ne faut pas cependant se hâter de porter un pronostic fatal jusqu'à ce que la rigidité ou même la putréfaction cadavériques, dans certains cas, aient annoncé la mort réelle. Jusqu'à ce qu'on doit tout faire pour s'assurer si le patient n'est qu'en état de mort apparente et non réelle, en recherchant avec grand soin, et surtout par l'auscultation du cœur, le moindre tressaillement de cet organe, et le plus léger mouvement respiratoire. Il peut arriver qu'avec une amélioration des plus marquées la mort survienne rapidement ou subitement, sans qu'il soit possible d'

er. Le fait ayant été maintes fois observé, sa possibilité ne saurait être doute, ni par conséquent être négligée pour formuler le pronostic.

**OPUISSEMENT.** — Voy. SOMNOLENCE.

**ÉNIE.** — Voy. ADYNAMIE.

**ME.** — Les anciens auteurs comprenaient sous cette dénomination une espèce de dyspnée, tantôt la dyspnée survenant par accès. Cette dernière de voir a généralement prévalu. Cullen définit l'asthme : une difficulté de respirer survenant par intervalles, avec sentiment d'oppression, respiration muqueuse souvent abondante. Ce dernier caractère spécialise le dyspnée intermittente pour lequel on doit réserver le mot asthme. Mais, ainsi limité, il n'en a pas moins une signification complexe, dévoilée en partie par l'anatomie pathologique, qui en a signalé le point de départ fréquent dans des affections diverses du cœur, des gros vaisseaux ou des respiratoires.

On est loin d'être d'accord sur la signification des lésions trouvées dans les organes chez les sujets asthmatiques. Pour un grand nombre d'auteurs, l'emphysème vésiculaire du poumon est la lésion anatomique propre de l'asthme des anciens : telle est l'opinion de Laennec et de Louis, bien étudié cet emphysème dans son anatomie et sa symptomatologie (*de la Société méd. d'obs.*, t. I). Pour d'autres observateurs, au contraire, comme Broussais, qui a donné une théorie particulière de l'asthme (*Traité clinique de la toux*, p. 126), l'emphysème pulmonaire serait un fait transitoire, disparaissant avec elle, les accès d'asthme étant déterminés par la présence dans les bronches de mucosités épaisses y déterminant une gêne perçue au niveau du thorax au moment de l'attaque, attaque qui se termine par l'expulsion de ces matières plus ou moins concrètes. Enfin d'autres auteurs admettent, comme les anciens, un asthme *essentiel*. Pour Trousseau, l'asthme chronique est une névrose (*Clin. médic. de l'Hôtel-Dieu*, 1861, t. I); pour Germain Sée, l'asthme chronique est composée de trois éléments : 1° une dyspnée périodique de type tétanique ordinairement réflexe des muscles inspirateurs, et sur-diaphragme); 2° une exsudation bronchique parfois prédominante (catarrhal); 3° l'emphysème consécutif. G. Sée rejette comme une erreur le spasme des bronches pendant les accès, et n'admet pas l'asthme catarrhal (*Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, t. III, 1865, art. ASTHME).

Les travaux importants de ces différents auteurs, et sans nier l'existence d'un asthme nerveux, la clinique démontre, il me semble, qu'il est presque impossible d'isoler son étude, d'abord de celle de l'emphysème pulmonaire, puis de la cause et effet des accès paroxystiques de dyspnée, puis de maladies du cœur ou des gros vaisseaux. Combien surtout sont fréquents les faits d'emphysème pulmonaire avec simple courte haleine habituelle, survenant d'accès dits asthmatiques ! Trousseau a cité des faits d'asthme avec accès se développant accidentellement sous l'influence de causes banales et paraissant agir uniquement sur le système nerveux respiratoire ; asthme essentiel. Mais, je le répète, ce sont des exceptions, dans les plus simples conditions d'habitation, de climat, de température, font que les accès paroxystiques. La plupart des autres faits, en immense majorité, sont des emphysèmes pulmonaires avec accès dyspnéiques dus pour moi à des congestions passagères du poumon, comme je l'ai dit au mot EMPHYSEME de la 2<sup>e</sup> édition. Cette opinion aurait été déjà formulée par Bretonneau, au moins par Trousseau. Quoi qu'il en soit, mes recherches sur la congestion pulmo-

naire ont apporté, à cette explication des accès, une probabilité voisine de la certitude.

Suivant Trousseau, l'asthme vrai, essentiel, idiopathique, est caractérisé par des attaques consistant en accès de dyspnée et d'oppression, attaques qui reparaissent à des époques plus ou moins régulières, plus ou moins rapprochées, et dans l'intervalle desquelles les *fonctions respiratoires reprennent ordinairement leur régularité accoutumée*. Cette dernière particularité est très-importante, car elle n'existe pas dans les emphysèmes pulmonaires qui constituent une véritable maladie. Lorsqu'il se joint aux caractères de l'asthme nerveux que je viens de rappeler, et comme causes des accès, la simple inspiration de poussière ou d'odeurs diverses, et en particulier la poussière de la poudre d'ipécacuanha, des conditions d'habitation, de climat, de température dans lesquelles se développent fatalement les accès d'asthme, on a affaire à cette affection. La marche vient encore éclairer le diagnostic ; mais, selon Trousseau, sa cause originaria est une importance capitale. Il signale la *goutte*, le *rhumatisme*, les *hémorrhoides*, les affections *herpétiques*, comme offrant des manifestations qui alternent avec les accès d'asthme, et comme étant les causes diathésiques de l'asthme dit essentiel.

Après l'exposé de ces détails sommaires, et sans avoir la prétention de résoudre ici cette question de l'asthme si controversée, je ne puis que renvoyer aux mots DYSPNÉE, et EMPHYSEME, pour compléter cet article.

**ASTHME THYMIQUE.** — Cet affection, considérée d'abord comme essentiellement liée à l'hypertrophie du thymus par les Allemands, est généralement envisagée en France comme n'étant autre chose que le *spasme de la glotte*, dépendant lui-même de l'*éclampsie* des enfants, ainsi que les auteurs modernes, et Valleix en particulier, l'ont démontré. Néanmoins, Ern. Bartholin tout en adoptant cette manière de voir pour les enfants âgés de six mois à deux ans (époque de la première dentition), n'est pas tout à fait convaincu que l'asthme thymique n'existe pas chez les nouveau-nés. Il résulterait de la compression exercée au niveau de la partie supérieure du thorax par le thymus, et ses signaux varieraient suivant l'organe sur lequel porterait de préférence cette compression (Soc. méd. des hôpit., avril 1853).

**ASYMÉTRIE.** — Voy. CONFORMATION.

**ASYSTOLIE.** — Voy. CŒUR.

**ATAXIE.** — La description des fièvres ataxiques des anciens s'applique à toute maladie fébrile avec symptômes graves prédominants du côté du système nerveux, et comprenant principalement le *délire*, l'*agitation générale*, *avec mouvements désordonnés, soubresauts des tendons, convulsions*. De nos jours, on dénomme très-rarement ataxiques les affections graves qui présentent ces phénomènes nerveux, que l'on doit considérer comme caractères accessoires des maladies, à moins toutefois qu'ils ne constituent un groupe de symptômes se rattachant directement à une affection encéphalique, comme au ramollissement cérébral dit ataxique (Durand Fardel). C'est dans le cours des *fièvres graves*, principalement de la *fièvre typhoïde* dans nos contrées, dans les *fièvres éruptives* compliquées, dans certaines *phlegmasies* de mauvais caractère (pneumonies, dysenterie intense des enfants), dans le rhumatisme *articulaire*, etc., que l'on rencontre cette ataxie comme complication. Elle donne un pronostic une extrême gravité.

On a étudié plus particulièrement l'ataxie *motrice* dans les dernières années et cette étude a acquis une très-grande importance, puisqu'elle a montré qu'il existait, d'une part, des ataxies du mouvement dans une foule de maladies, et de plus une maladie particulière dans laquelle cette ataxie était le princip

phénomène symptomatique. Je vais traiter à part de ce phénomène symptomatique et de cette maladie.

**ATAXIE DES MOUVEMENTS.** — L'ataxie des mouvements est un symptôme comme l'albuminurie; et, de plus, comme elle aussi, liée à des lésions particulières, elle est le principal phénomène d'une maladie spéciale. L'ataxie locomotrice progressive, dont je m'occuperai dans l'article suivant, est en effet une entité morbide aussi nettement formulée aujourd'hui que la maladie de Bright. Mais il ne s'agit ici que du phénomène ou symptôme ataxie des mouvements, comme il a été question précédemment de l'albuminurie considérée comme signe.

1° *Caractères.* — Duchenne a parfaitement établi que les mouvements musculaires en apparence les plus simples étaient la conséquence, non de la contraction isolée d'un muscle, mais d'un consensus de contractions musculaires multiples, les uns produisant le mouvement observé, et les autres agissant comme antagonistes et modérateurs, pour régulariser et graduer ce mouvement. Or, cette harmonie motrice est détruite dans l'ataxie musculaire. La perversion, l'irrégularité, l'incohérence remplacent cette harmonie; en un mot, il y a défaut de coordination ou incoordination des mouvements, qui sont comme follement exécutés soit pour la marche, soit pour la préhension des objets, soit pour les mouvements de moindre importance. A la rigueur, on devrait donc considérer comme ataxiques les mouvements désordonnés de la chorée, du tremblement sénile ou alcoolique, des convulsions cloniques; et la confusion a été faite. Cela montre la difficulté de bien préciser le sens de ce que l'on doit entendre par ataxie musculaire, autrement qu'en indiquant ce qui ne l'est pas. C'est ce qu'a fait Topinard en la définissant « un désordre de la fonction qui préside à la progression, à l'équilibration et autres actes de musculation volontaire, désordre non causé par la paralysie, l'atrophie musculaire, une déformation du squelette. etc., et différant du tremblement, de la chorée et des convulsions générales ou partielles, toniques ou cloniques » (*De l'Ataxie locomotrice*, in-8°, 1864). On pourrait ajouter à cette définition qu'il faut que l'incoordination des mouvements ait une certaine étendue pour être caractérisée, et qu'elle ne soit pas limitée, comme les soubresauts des tendons, la carphologie. etc.

2° *Conditions pathologiques et signification.* — Le livre de Topinard est un des travaux dans lesquels ces ataxies locomotrices symptomatiques ont été le mieux étudiées. Il s'appuie sur 70 observations d'états morbides s'accompagnant de ce trouble musculaire.

Les faits les plus nombreux se rapportent à des lésions diverses du *cervelet et de la base du crâne*. Viennent ensuite comme affections cérébrales l'*aliénation mentale*, l'*apoplexie cérébrale* (?), le *ramollissement du cerveau*, la *paralysie générale* (Baillarger). Les intoxications doivent aussi être rappelées comme origines de l'ataxie locomotrice symptomatique; tels seraient l'*alcoolisme aigu ou chronique*, certains *tremblements mercuriels*, l'*intoxication saturnine* (Teissier, de Lyon); suivant quelques auteurs, on devrait y joindre l'*intoxication par le sulfure de carbone*, l'*asphyxie par le charbon*, la *pellagre*, etc.; on a même signalé la *belladone* comme pouvant produire des désordres ressemblant en partie à l'ataxie locomotrice. Mais ces dernières causes sont très-hypothétiques. Il n'en est pas de même de deux affections dites diathésiques, la *symphilis* et le *rhumatisme*, qui doivent être rappelées ici, de même que certaines paralysies incomplètes qui ne seraient que des ataxies réflexes, comme on en a observé dans des *affections vermineuses*, et des voies génito-urinaires, et même à la suite d'une *angine scarlatineuse* ou *diphthérique*.

Enfin l'*hystérie* est aussi une condition pathologique du symptôme ataxie mouvements; mais si l'on éloigne les faits si nombreux de simple anesthésie musculaire qui ne sont qu'une particularité de certaines ataxies hystériques, le nombre des faits se trouve ici très-restreint. Topinard n'a pu en réunir que 1.

**ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE.** — Lorsqu'un phénomène pathologique important se montre assez fréquemment entouré d'autres phénomènes dont le rapprochement donne à l'ensemble quelque chose de particulier et lorsque ce groupe de caractères a dans son évolution une marche et une succession de périodes bien définies, il y a lieu d'y voir une entité morbide à crire isolément. Et si, étant déterminée par ses caractères symptomatiques et sa son évolution, on découvre à cette maladie des lésions concordantes, elle prend place comme maladie dans le cadre nosologique.

Telle a été l'ataxie locomotrice progressive. Lorsque, en 1858-59 (*Arch. méd.*), Duchenne (de Boulogne) la décrivit comme une maladie nouvelle caractérisée par un ensemble de phénomènes dominés par l'ataxie locomotrice comme symptôme principal, et par une évolution d'une originalité saisissante, sa publication mit le monde médical en émoi. On commença par douter de la légitimité de l'affection, et l'on chercha curieusement si le phénomène ataxique n'était pas un simple symptôme, ou bien un état pathologique décrit. Il en résulta une étude intéressante du symptôme dont j'ai exposé les conditions pathologiques dans le précédent article; et on arriva en même temps à faire connaître et à mettre en relief des travaux divers, déjà publiés sur un sujet analogue, en France et à l'étranger.

Bouillaud y vit une affection du cervelet, organe dont il avait précédemment fait, avec Flourens, le centre de la coordination des mouvements (*de méd.*, 1827). Landry pensa qu'il ne s'agissait que de la perte du sentiment d'activité musculaire qu'il avait décrite en 1855 (*Gaz. des hôpit.*). Hutin, M. Cruveilhier en France, Todd et Gull en Angleterre, Brach, Steinthal, Wulrich et surtout Romberg en Allemagne, furent signalés comme ayant précédemment entrevu ou même décrit, incomplètement il est vrai, l'entité morbide Duchenne; mais c'est bien à notre compatriote que revient le principal honneur d'avoir bien fait connaître l'ataxie locomotrice-maladie, et de lui avoir donné rang dans la science.

Toutefois, une lacune anatomo-pathologique grave existait dans son Mémoire car elle lui faisait envisager la maladie comme une névrose. Trousseau adopta cette manière de voir (*Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, 1865, t. II). Cependant le docteur Axenfeld, dans une savante revue critique (*Arch. de méd.*, 1863, t. II), avait fait remarquer qu'il existait une uniformité de lésions de la moelle épinière dans les faits exposés par Romberg, sous les noms de *tabes dorsalis*, faits pouvant se rapporter à l'ataxie locomotrice progressive. Ces lésions consistaient en une atrophie ou plutôt une destruction particulière de la moelle occupant à peu près constamment la région dorso-lombaire, frappant avec prédominance les deux moitiés latérales de la moelle, et assez strictement localisée sur les *cordons postérieurs et les racines attenant*es. L'aspect des parties atteintes, cependant suivant les cas : tantôt c'est une sorte de dégénération grise, tantôt un état gélatineux et translucide; il y a diminution de consistance ou induration (*sclérose*), réduction de volume et quelquefois accroissement, etc. Ces aspects divers de la moelle ont fait douter de l'existence réelle d'une atrophie. Mais le doute n'existerait plus à l'examen microscopique, indispensable pour reconnaître l'existence de la lésion, et la *destruction des éléments nerveux*, ainsi qu'il résulte des travaux concordants d'un certain nombre d'observateurs, parmi

d'abord les lésions du cervelet, qui s'accompagnent quelquefois de défaut d'équilibre, d'amblyopie, de paralysies oculo-motrices, avec strabisme et diplopie; et la confusion serait facile, s'il n'existait pas, dans les affections cérébrales, un état vertigineux (*ébrété cérébelleuse* de Duchenne) qui manque à l'ataxie progressive. Si, chez quelques ataxiques, il y a une diplopie qui se manifeste pendant la marche, il suffira de fermer l'œil strabique pour faire disparaître le phénomène, ce qui n'a pas lieu avec le vertige cérébelleux (Axenfeld). — Les troubles cérébraux qui existent dans la *paralysie générale des adultes*, avec l'embarras de la parole et le tremblement des lèvres, la feront facilement reconnaître de l'ataxie-maladie, malgré l'incoordination des mouvements qu'elle présente. Il faut savoir cependant que les deux affections peuvent être réunies chez le même malade. — La difficulté sera plus grande au premier stade dans certains cas de *paralysie générale* sans troubles intellectuels; mais ici un signe distinctif excellent, c'est que, dans cette paralysie, il y a *faiblesse musculaire* réelle, tandis que l'énergie des mouvements est intacte dans l'ataxie. — Il en est de même dans certaines *paraplégies incomplètes*, ainsi que dans toutes les autres paralysies vraies incomplètes qui sont dues aux causes les plus diverses. — Les troubles *hystériques* des mouvements présentent quelquefois une certaine ressemblance avec la vraie ataxie, sans qu'il y ait affaiblissement musculaire réel. Ici l'incoordination des mouvements, qui peut être très marquée, n'est qu'une conséquence de l'anesthésie, et il faut que la malade voie et sente agir. Si l'on applique la main sur les yeux de la malade, elle ne se soutient plus sur ses membres inférieurs, et elle tombe si elle est debout; si elle est couchée, l'incoordination motrice cesse si la vue est libre, et si elle est empêchée par l'observateur, la patiente n'exécute pas les mouvements qu'on lui commande et qu'elle doit exécuter. Je dois faire remarquer qu'il faut toujours se méfier de l'hystérie chez les jeunes femmes en apparence ataxiques, et conclure comme je viens de le dire la forme réelle du trouble locomoteur.

L'ataxie locomotrice progressive étant bien reconnue, il sera facile d'établir le degré d'intensité ou d'évolution. La localisation des troubles ataxo-locomoteurs permettra de déterminer le *siège* plus ou moins élevé de la lésion de la moelle, et son développement probable dans les centres nerveux intra-crâniens. Tant à la lésion en elle-même, il sera impossible de déterminer son mode particulier par l'expression symptomatique de la maladie. D'après le docteur Gull, on devrait distinguer trois ordres de faits, selon qu'il y a lésion de la substance contractile des muscles atrophiés, lésion des troncs nerveux ou de leurs racines, ou enfin altération de la moelle épinière (*Guy's Hosp. Reports*, 1863). On reconnaîtra la forme de cette maladie à la prédominance de tels ou tels symptômes, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. — Quant aux *complications*, je dois une mention spéciale aux *arthropathies consécutives* signalées par Benj. Ball (*Gaz. des hôp.*, 1869), et qui peuvent être prises pour des lésions rhumatismales. C'est ce qui m'engage à renvoyer leur étude diagnostique au mot RHUMATISME (p. 931). On doit encore considérer comme des complications les *paralysies vraies* ultimes, et les *eschares* au sacrum, qu'amènent l'affaiblissement de la constitution et l'immobilité absolue des derniers temps.

**3° Pronostic.** — La maladie suit une marche lentement croissante qui doit être considérée comme fatale jusqu'à la mort. Du moins jusqu'à présent on n'est parvenu qu'à constater des alternatives d'aggravation ou d'amendement, qu'il est toujours difficile de rattacher aux moyens thérapeutiques employés.

**ATROPHIE.** — On a compris sous cette dénomination des altérations d'organes très-diverses. Mais comme lésion générale appréciable pendant la vie,



l'atrophie n'est constatée que par une diminution de volume plus ou moins considérable, soit des parties externes, soit des organes internes.

A. — L'*atrophie des parties extérieures*, qui est sensible à la vue, a été observée dans des régions plus ou moins étendues, et le fait de la diminution de leur volume, qui se rattache à des conditions pathologiques diverses, sert assez souvent, dans la pratique, de point de départ au diagnostic. L'*atrophie générale et uniforme des deux membres d'un côté du corps*, jointe à un état paralytique, fait immédiatement soupçonner une *hémorrhagie cérébrale ancienne*. L'*atrophie* qui atteint irrégulièrement un plus ou moins grand nombre de parties tient à l'*atrophie musculaire* si la peau est intacte à leur niveau, et si la palpation sent que les muscles correspondants sont évidemment très-réduits de volume (Voy. ATROPHIE MUSCULAIRE). On peut observer aussi à la face des atrophies qui dépendent de plusieurs causes. Sans que la peau soit altérée, l'un des côtés de la face peut être atrophié dans le *torticolis*, et rester tel après sa guérison. Bouvier, qui a publié un intéressant Mémoire sur ces *inégalités des deux côtés de la face* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1852, t. XVII, p. 667), en a attribué l'atrophie unilatérale à l'insuffisance de nutrition, due à la compression des vaisseaux du côté de l'inflexion de la tête; ce côté est précisément aussi celui qui est atteint par l'atrophie. Après avoir été hypertrophié par une *scrofulide* (lupus), la face subit une atrophie irrégulière, dont l'aspect seul suffit pour révéler l'affection cutanée qui en est l'origine. Il n'en est pas de même pour une certaine *atrophie unilatérale de la face*, qui est assez singulière, et qui a été observée par William Moore chez un jeune homme de dix-neuf ans. Des *taches*, qui s'étaient agrandies successivement en se creusant, et au niveau desquelles la *sensibilité était exaltée*, se montrèrent à des intervalles éloignés sur le côté gauche du visage, au menton, sur le front, les joues et au-dessous de la mâchoire. L'atrophie paraissait concentrée sur les points où se distribue le nerf facial (*Dublin Quart. Journ.*, 1852).

On pourrait rencontrer, suivant le docteur Romberg, des atrophies sans aucune lésion apparente des organes internes et externes autres que l'atrophie, soit de l'un des côtés de la face, d'une moitié latérale du *thorax*, soit même de toute une moitié du corps, ainsi que Parry en avait publié précédemment un exemple. Les docteurs Hueter et Axman auraient recueilli des faits confirmatifs. On se prend à douter, en présence des faits publiés de ce genre, d'un examen suffisant des organes après la mort, soit des centres nerveux et des nerfs, soit des vaisseaux nourriciers ou des muscles des parties atrophiées. On doit donc, avec le docteur Lasègue, qui a fait connaître ces travaux (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXIX, p. 71), laisser à l'ingénieux professeur de Berlin tout le mérite, mais aussi toute la responsabilité scientifique de ces faits nouveaux.

On a signalé encore des atrophies plus limitées : celle des *tissus du pharynx*, qui a pour résultat l'élargissement de la gorge, dans la *pharyngite granuleuse* (Green), et l'atrophie singulière des *testicules* signalée par Mutel comme conséquence de l'empoisonnement par des viandes avariées dont on a continué longtemps l'usage.

B. — Quant à l'*atrophie des organes internes*, elle ne peut être appréciée pendant la vie, comme leur hypertrophie, qu'à l'aide des moyens d'exploration qui permettent de préciser le volume de ces organes. Seulement il est beaucoup plus difficile de constater la diminution de volume, qui constitue leur atrophie, que l'augmentation d'où résulte leur hypertrophie. C'est ce qui a lieu pour le cœur, le foie, et surtout pour la rate. L'atrophie des nerfs ne s'annonce que par des troubles fonctionnels (Voy. PARALYSIES, p. 720, et PNEUMOGASTRIQUES [nerfs]).

l'atrophie n'est constatée que par une diminution de volume plus ou moins considérable, soit des parties externes, soit des organes internes.

A. — *L'atrophie des parties extérieures*, qui est sensible à la vue, a été observée dans des régions plus ou moins étendues, et le fait de la diminution de leur volume, qui se rattache à des conditions pathologiques diverses, sert assez souvent, dans la pratique, de point de départ au diagnostic. L'atrophie générale et uniforme des *deux membres d'un côté du corps*, jointe à un état paralytique, fait immédiatement soupçonner une *hémorrhagie cérébrale* ancienne. L'atrophie qui atteint irrégulièrement un plus ou moins grand nombre de parties tient à l'*atrophie musculaire* si la peau est intacte à leur niveau, et si la palpation sent que les muscles correspondants sont évidemment très-réduits de volume (*Voy. ATROPHIE MUSCULAIRE*). On peut observer aussi à la face des atrophies qui dépendent de plusieurs causes. Sans que la peau soit altérée, l'un des côtés de la face peut être atrophié dans le *torticolis*, et rester tel après sa guérison. Bouvier, qui a publié un intéressant Mémoire sur ces *inégalités des deux côtés de la face* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1852, t. XVII, p. 667), en a attribué l'atrophie unilatérale à l'insuffisance de nutrition, due à la compression des vaisseaux du côté de l'inflexion de la tête; ce côté est précisément aussi celui qui est atteint par l'atrophie. Après avoir été hypertrophiée par une *scrofulide* (*lupus*), la face subit une atrophie irrégulière, dont l'aspect seul suffit pour révéler l'affection cutanée qui en est l'origine. Il n'en est pas de même pour une certaine *atrophie unilatérale de la face*, qui est assez singulière, et qui a été observée par William Moore chez un jeune homme de dix-neuf ans. Des *taches*, qui s'étaient agrandies successivement en se creusant, et au niveau desquelles la *sensibilité était exaltée*, se montrèrent à des intervalles éloignés sur le côté gauche du visage, au menton, sur le front, les joues et au-dessous de la mâchoire. L'atrophie paraissait concentrée sur les points où se distribue le nerf facial (*Dublin Quart. Journ.*, 1852).

On pourrait rencontrer, suivant le docteur Romberg, des atrophies sans aucune lésion apparente des organes internes et externes autres que l'atrophie, soit de l'un des côtés de la face, d'une moitié latérale du *thorax*, soit même de *toute une moitié du corps*, ainsi que Parry en avait publié précédemment un exemple. Les docteurs Hueter et Axman auraient recueilli des faits confirmatifs. On se prend à douter, en présence des faits publiés de ce genre, d'un examen suffisant des organes après la mort, soit des centres nerveux et des nerfs, soit des vaisseaux nourriciers ou des muscles des parties atrophiées. On doit donc, avec le docteur Lasègue, qui a fait connaître ces travaux (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXIX, p. 71), laisser à l'ingénieux professeur de Berlin tout le mérite, mais aussi toute la responsabilité scientifique de ces faits nouveaux.

On a signalé encore des atrophies plus limitées : celle des *tissus du pharynx*, qui a pour résultat l'élargissement de la gorge, dans la pharyngite granuleuse (Green), et l'atrophie singulière des *testicules* signalée par Mutel comme conséquence de l'empoisonnement par des viandes avariées dont on a continué longtemps l'usage.

B. — Quant à l'*atrophie des organes internes*, elle ne peut être appréciée pendant la vie, comme leur hypertrophie, qu'à l'aide des moyens d'exploration qui permettent de préciser le volume de ces organes. Seulement il est beaucoup plus difficile de constater la diminution de volume, qui constitue leur atrophie, que l'augmentation d'où résulte leur hypertrophie. C'est ce qui a lieu pour le cœur, le foie, et surtout pour la rate. L'atrophie des nerfs ne s'annonce que par des troubles fonctionnels (*Voy. PARALYSIES*, p. 720, et PNEUMOGASTRIQUES [nerfs]).

Pour le cœur, on a bien noté comme signes d'atrophie, outre l'absence ou la limitation de la matité précordiale, signe d'ailleurs très-problématique, la faiblesse des battements et des bruits, et la petitesse du pouls; mais, de son côté, Kreysig a insisté au contraire sur des palpitations assez fortes qui existaient en pareil cas, ce qui ne s'accorde guère avec les signes précédents. Il n'y a donc là rien qui ne puisse se rencontrer dans une foule d'autres circonstances. Le professeur Albers, de Bonn, a signalé (1837) des symptômes en apparence plus caractéristiques : dyspnée au début, agitation, insomnie, toux légère, respiration suspirieuse, battements du cœur comme incertains, sentiment de frémissement pour le malade à la région précordiale, où la main appliquée ne sent pas les battements du cœur, et où le stéthoscope les fait percevoir très-faiblement; pouls insensible pendant les accès, puis offrant une fréquence de 120 à 140 pulsations (*Wochenschrift für die Gesamte Heilkunde*, 1836).

L'atrophie du foie est importante à constater, lorsqu'il y a en même temps ascite et œdème borné aux membres inférieurs, car elle est alors un des meilleurs signes de la CIRRHOSE plus ou moins avancée. L'atrophie hépatique est évidente alors si, malgré le refoulement du foie vers la poitrine par l'épanchement ascitique, sa limite supérieure à la percussion est au-dessous de ce qu'elle doit être dans l'état normal (*Voy. FOIE*), et si la pression brusque de l'épanchement ascitique, opérée au-dessous du rebord des fausses côtes droites, n'y sent pas le bord inférieur du foie débordé vers la partie inférieure de l'abdomen.

Quant à la rate, cet organe pouvant glisser, dans l'état sain, plus ou moins profondément entre les organes abdominaux qui l'entourent et ainsi échapper complètement à l'exploration pendant la vie, l'on conçoit que l'on ne puisse mesurer une simple diminution de son volume, à moins que cet organe ne soit d'abord notablement hypertrophié (*Voy. RATE*).

L'atrophie est quelquefois un signe de terminaison favorable pour certaines tumeurs accidentelles, des kystes de l'ovaire ou des tumeurs hydatiques, par exemple.

**ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.** — Entrevue par Van Swieten, Ch. Bell, Abercrombie et quelques autres auteurs, cette maladie, qui n'a pris place dans la cadre nosologique que depuis quelques années, grâce aux travaux de Duchenne (de Boulogne), d'Aran, et de Cruveilhier, a été dénommée aussi *atrophie musculaire idiopathique* ou *primitive*, *paralysie musculaire atrophique* (Thouvenet, *Thèse*, 1851), *atrophie musculaire graisseuse progressive* (Duchenne, *De l'électrisation localisée*). La transformation graisseuse des muscles a été niée par Robin, qui dit ne l'avoir jamais constatée; mais Virchow, Friedreich (d'Heidelberg) et Lebert ont soutenu l'opinion de Duchenne, qui était aussi celle de Cruveilhier. Envisagée d'abord comme le résultat de la transformation graisseuse locale des fibres musculaires, sans lésion des nerfs ou des centres nerveux, elle fut rattachée ensuite à l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux qui se distribuent aux muscles atrophiés (Cruveilhier, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1853, t. XVIII, p. 490, 546), tandis que Virchow en 1855 (*Arch. für pathol. Anatomie*) et Frommann en 1858 (*Med.-chir. Monatschrift*) ont signalé, dans deux faits, une altération évidente de la moelle épinière. N'est-on pas en droit de considérer ces lésions comme consécutives aussi bien que primitives? C'est le doute soulevé par ces questions qui fait que la nature de la maladie reste problématique, malgré les recherches qui, aux yeux d'observateurs très-habiles, démontrent la constance de lésions visibles à l'œil nu, ou microscopiques, et occupant les cordons antérieurs de la moelle épinière.

1° *Éléments du diagnostic.* — La *faiblesse* graduellement croissante de certains mouvements est le premier symptôme qui attire l'attention du malade et lui fait consulter le médecin. C'est presque toujours au niveau des [membres supérieurs d'abord que cette faiblesse se manifeste, tantôt bornée à une petite portion du membre, tantôt presque généralisée et portant plutôt sur certains mouvements que sur d'autres, *augmentant par la fatigue*, et principalement par l'*action du froid* qui fait éprouver quelquefois une sensation désagréable au malade. Cette faiblesse est un indice qui doit faire examiner avec soin l'état des muscles qui président à leurs mouvements, car à cette faiblesse correspond un *amaigrissement particulier* du membre (atrophie musculaire), sur la valeur diagnostique duquel Aran insiste avec raison comme pouvant seul faire reconnaître la maladie. Cet amaigrissement n'est pas général ; il affecte toute la masse musculaire plutôt que telle autre ; et à son niveau la pression perçoit une *mollesse extrême*, au lieu de la sensation d'élasticité que donnent les muscles sains. Les muscles au niveau desquels l'atrophie se montre le plus fréquemment sont : ceux de la main (éminences thénar et hypothénar, inter-osseux dorsaux) à l'avant-bras, les muscles et la région antérieure et externe (supinateurs et fléchisseurs) plutôt que ceux de la région postérieure (extenseurs, cubital postérieur et plus particulièrement les muscles long abducteur et long extenseur du pouce) ; au bras, le biceps et le brachial antérieur : à l'épaule, les muscles intrinsèques et extrinsèques, et en particulier le deltoïde (Aran).

L'amaigrissement musculaire partiel, outre l'*affaiblissement* ou la *perte de mouvements* exécutés par les muscles atteints, produit des *déformations caractéristiques*, des méplats ou des concavités remplaçant les saillies naturelles ; il en résulte encore des *positions forcées* et parfois bizarres par suite de la prédominance des muscles antagonistes restés sains. Des *contractions fibrillaires* involontaires et sans douleur, ressemblant à des espèces de palpitations irrégulières dans les différentes parties des muscles, des *crampes*, et des *soubresauts de tendons*, se montrent assez souvent dans les membres où siège l'atrophie ; Aran a vu les contractions fibrillaires à la langue, où elles gênent l'*exercice de la parole*. Pour constater l'état de l'appareil musculaire, il faut faire exécuter les mouvements qui exigent la contraction des muscles examinés ; faire garder au membre une position fatigante qu'il ne peut ou peut à peine maintenir, et surtout interroger, en quelque sorte, le degré de contractibilité conservé dans le muscle, à l'aide de l'*électrisation localisée*. L'affection peut rester limitée dans un muscle ou une masse musculaire, finir par le détruire lentement, et rendre complètement impossibles les mouvements auxquels présidait ; d'autres fois, mais bien plus rarement, l'affection peut se *généraliser* et atteindre successivement, quoi qu'on fasse, la plus grande partie des muscles volontaires de l'économie, et même ceux de la respiration.

2° *Inductions diagnostiques.* — Parmi les éléments de diagnostic que j'ai voulu rappeler, les changements survenus dans l'aspect extérieur des parties suffisent souvent pour faire reconnaître la maladie à première vue ; mais il faut pour cela que l'atrophie soit déjà assez avancée. Au début, lorsqu'il n'y a encore que de la faiblesse, on peut rester dans le doute ; et cependant on peut soupçonner la maladie si, en l'absence de tout signe d'une autre affection, il existe des crampes et des contractions fibrillaires jointes à la faiblesse, surtout si ces troubles pathologiques occupent les membres supérieurs. Dans les cas douteux de cette espèce, l'électrisation localisée, appliquée aux muscles en voie d'atrophie, y fait facilement distinguer cette lésion, en démontrant que les contractions y sont manifestement affaiblies, et d'autant plus faibles que le nombre des fibres

restées intactes est devenu moindre ; en sorte que la contractilité électrique finit par être complètement abolie si le muscle est entièrement détruit ou transformé en matière grasseuse. Il est vrai qu'alors les déformations, ordinairement prononcées, sont d'un grand secours pour le diagnostic, comme je le montrerai plus loin. Pour juger de l'état des muscles atteints d'atrophie au milieu d'autres muscles restés intacts, le moyen de diagnostic de Duchenne est le seul auquel on puisse avoir recours.

La marche ordinairement très-lente de cette atrophie n'offre aucune particularité utile au diagnostic, si ce n'est quelquefois ses progrès envahissants jusqu'aux muscles respirateurs. — Quant aux causes de la maladie, il en est qu'il ne faut pas perdre de vue. Le *sex masculin* et l'*hérédité* constituent une prédisposition incontestable (Duchenne, Edward Meryon), et un *travail musculaire* forcé et continu est la cause occasionnelle la plus fréquente (Duchenne). Il faudra donc tenir compte de ces données étiologiques pour formuler le diagnostic, de même que de la coïncidence de l'atrophie avec certaines affections de la *moelle* (Virchow, Fromann), avec l'intoxication par le *sulfure de carbone*, et surtout avec la *syphilis constitutionnelle*. La constatation d'accidents antérieurs ou actuels de syphilis constitutionnelle avec des signes d'atrophie musculaire ne doit pas faire croire toujours, en effet, à une simple coïncidence : l'atrophie paraît être quelquefois la conséquence de la syphilis. C'est ce qu'avait pu faire soupçonner un fait rapporté par Niepce (*Union méd.*, 1853), et ce qu'ont rendu au moins très-probable les observations du docteur Rodet, de Lyon (*Union méd.*, 1859). Enfin l'atrophie musculaire est aussi la conséquence d'une forme de BÉRIBÉRI.

Tout en tenant compte des éléments de diagnostic dont il a été précédemment question, on peut confondre l'atrophie musculaire généralisée avec d'autres affections, qui varient suivant que l'on croit avoir affaire à une atrophie partielle ou bien à une atrophie généralisée. Et comme dans l'atrophie le phénomène constant est l'affaiblissement ou l'abolition des mouvements des muscles affectés, ainsi que dans les vraies paralysies, c'est avec les paralysies générales et partielles que l'on doit établir le diagnostic différentiel. L'atrophie musculaire survient aussi comme phénomène consécutif dans les véritables paralysies : autre rapprochement entre les deux ordres d'affections, et qui explique qu'elles aient été si longtemps confondues.

Parmi les *paralysies partielles* plus ou moins étendues, celles qui dépendent d'une lésion des centres nerveux et qui occupent une moitié du corps, un membre entier, ou les deux membres inférieurs, ne peuvent être confondues avec l'atrophie musculaire idiopathique, d'abord en raison de leur siège (du moins pour l'*hémiplegie* et la *paraplegie*), et ensuite en raison de la physiologie différente de la maladie. Dans les cas de paralysie symptomatique de cause cérébrale ou spinale, l'*invasion* de la paralysie est *subite* ou rapide, en même temps que l'*atrophie* des membres affectés est *uniforme et très-tardive*, et que les *symptômes concomitants* sont caractéristiques. Dans l'atrophie musculaire primitive, l'affaiblissement des mouvements est lent, l'atrophie des muscles très-rapide et irrégulière, et il y a absence de tout symptôme du côté des centres nerveux.

Les caractères différentiels ne sont pas aussi nettement tranchés pour certaines *paralysies partielles* beaucoup plus limitées et qui sont hystériques, rhumatismales, saturnines, ou dues à la lésion d'un nerf ; cependant elles ne présentent pas le plus souvent de difficultés sérieuses de diagnostic. D'abord la constatation de l'hystérie, d'une affection rhumatismale concomitante, d'une

intoxication saturnine, ou enfin d'une lésion locale des nerfs, est d'abord une présomption que l'une ou l'autre de ces maladies est le point de départ de la paralysie observée. De plus, ces différentes paralysies partielles de l'atrophie musculaire idiopathique des différences caractéristiques très-bien résumées par Aran. Les *paralysies hystériques*, dit-il, n'ont rien de commun avec l'atrophie, et d'ailleurs la perte des mouvements est générale, ce qui n'a pas lieu dans l'atrophie progressive. Les *paralysies males*, qui ne sont pas toujours complètes, affectent constamment certains muscles d'une région, tandis que l'atrophie atteint certains muscles. Les *paralysies saturnines* ont un siège de prédilection; elles frappent d'abord les extenseurs des poignets et consécutivement quelques autres muscles de l'avant-bras et du bras. Enfin celles dues à la lésion d'un nerf, sont, de toutes les paralysies, celles qui produisent le plus rapidement l'atrophie musculaire; mais ce qui distingue cette dernière, c'est que l'appui du membre porte exclusivement sur les muscles auxquels se distend le nerf affecté. L'électrisation localisée donne, de plus, des résultats très-différents dans ces différentes circonstances, ainsi que l'a démontré Duchenne : *tétricité musculaire est intacte* dans les paralysies hystériques et rhumatismales; *elle est abolie complètement* dans les paralysies saturnines et dans les paralysies matérielles des nerfs; or, dans l'atrophie musculaire idiopathique, *la tétricité musculaire est seulement affaiblie*. Sans doute elle peut l'être lorsque toutes les fibres musculaires ont disparu dans le muscle et alors les caractères mêmes de l'atrophie et les antécédents du malade conduisent en général à lever les difficultés.

Le signe différentiel fourni par l'électrisation est considéré par Duchenne comme le seul qui permette de distinguer l'atrophie musculaire progressive de la *paralysie générale* de cause cérébrale. Car il est douteux pour lui que l'atrophie musculaire ne puisse atteindre l'enfant avant ou après la naissance. Elle est quelquefois généralisée; mais si elle tend à s'aggraver de plus en plus comme chez l'adulte, elle tend, dès la première enfance, à se localiser dans certains muscles, en subissant une transformation graisseuse; mais jusque-là ils répondent à l'excitation électrique. (Voy. PARALYSIE spinale de l'enfance).

Lorsque l'atrophie musculaire, chez l'adulte, s'est généralisée et qu'elle affecte un nombre plus ou moins grand de muscles des membres et du tronc, elle présente, ainsi que le fait remarquer Duchenne, un cachet distinct qui permet pas de la confondre avec la *paralysie générale* avec ou sans aliénation qui frappe en masse et d'une manière égale tout l'appareil musculaire. Dans l'atrophie idiopathique, les muscles sont détruits capricieusement et les troubles intellectuels constituent d'ailleurs un excellent signe différentiel pour la paralysie générale des aliénés. S'il peut y avoir des doutes sur la nature des caractères de l'amaigrissement des muscles ne sont pas très-tranchés entre la paralysie générale *sans aliénation*, comparée à l'atrophie musculaire idiopathique et généralisée. De part et d'autre, la marche de la maladie est progressive, et, dans les deux cas, on rencontre l'embarras de la parole, la gêne de la déglutition. L'électrisation, suivant Duchenne, est le plus sûr moyen d'arriver au diagnostic : *les muscles répondent à l'excitation électrique au niveau des portions de muscles ou des fibres musculaires qui survivent* dans l'atrophie idiopathique; *ils répondent à cette excitation* dans la paralysie avec aliénation; tandis que *la tétricité musculaire serait éteinte* dans la paralysie générale sans aliénation.



même que dans la paralysie générale saturnine. Je me hâte d'ajouter que ces distinctions ne sont pas généralement admises, et que de nouvelles recherches sont nécessaires par cela seul que ces différentes paralysies générales, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports réciproques, n'ont pas encore été suffisamment étudiées.

Je suppose maintenant que, malgré les incertitudes du diagnostic dans un certain nombre de cas, l'atrophie musculaire ait été reconnue, et son origine établie; on a encore à en déterminer le *siège* et l'*étendue*. Pour cela, il faut utiliser ce que l'on doit savoir de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil musculaire. Les signes à utiliser sont, en effet : 1<sup>o</sup> les *déformations locales* que présentent les masses musculaires elles-mêmes; 2<sup>o</sup> les modifications subies par les mouvements que ces muscles doivent exécuter; 3<sup>o</sup> les *différences indirectes* qui résultent de l'atrophie localisée dans le voisinage. Je n'ai qu'à rappeler ce que j'ai dit des dépressions ou des méplats visibles au niveau des muscles atteints, et de l'affaiblissement ou de l'abolition des mouvements particuliers qui résultent de l'atrophie, sans être obligé d'entrer dans les détails. Mais il n'est pas de même des déformations que j'ai appelées indirectes et que je dois exposer comme données importantes du diagnostic.

Duchenne, qui de nos jours a étudié mieux que personne la physiologie musculaire, a signalé, dans différents endroits de son ouvrage, les déformations suivantes comme signes d'atrophie de certains muscles :

a. — Flexion à angle droit de la première phalange des doigts sur le métacarpe dans l'atrophie de l'*extenseur des doigts* ;

b. — Flexion forcée des deuxième et troisième phalanges et extension des premières, donnant à la main l'aspect d'une griffe, dans l'atrophie des *muscles interosseux* ;

c. — Extension forcée des deux dernières phalanges sur les premières, avec déviation anguleuse supérieure des doigts, dans l'atrophie des *muscles fléchisseurs sublime et profond* ;

d. — Premier métacarpien et pouce alignés de niveau avec le reste de la main, qui la fait ressembler à la main du singe, dans l'atrophie des *muscles de l'innervation thénar* ;

— Épaule abaissée, et entraînée en avant, écartement du bord interne du scapulum par rapport à l'épine vertébrale, et par suite convexité transversale du thorax et concavité de la poitrine en avant, avec l'atrophie du *muscle trapèze* ;

— Saillie du bord spinal du scapulum avec déplacement de son angle inférieur en avant, dans l'atrophie du *rhomboïde* ; mais cette saillie du bord inférieur du scapulum est très-prononcée et en forme d'aile quand le bras est étendu en avant, si le *grand dentelé* est atrophié ;

— La cambrure exagérée des lombes résulte de l'atrophie des *muscles de l'abdomen* ;

— Enfin certains pied-bots sont la conséquence indirecte de l'atrophie par les *muscles de la jambe*, par suite de la prédominance exclusive des antagonistes, c'est-à-dire par un mécanisme analogue à celui qui prévient les autres déformations (*Voy. MAIN, EPAULES, PIED*).

Dans tous les cas dont il vient d'être question, il y a défaut d'équilibre entre les muscles antagonistes. Ce défaut d'équilibre, qui résulte de la simple *paralysie* atrophique de certains muscles, est aussi la conséquence de la *contracture* des antagonistes, les premiers étant sains. Il en résulte que les mêmes déformations que je viens d'indiquer peuvent se produire de part et d'autre. Pour attribuer ces déformations à l'atrophie, il faudra donc que l'on ait mis hors de

cause la *paralysie simple*, ainsi que la *contracture* des muscles antagonistes.

Il est important de constater jusqu'à quel point est arrivée la *lésion atrophique* du muscle ; s'il conserve encore beaucoup ou peu de fibres musculaires intactes, ou bien si elles sont complètement disparues et transformées en tissu *graisseux*. L'affaiblissement plus ou moins prononcé ou l'abolition des mouvements volontaires du muscle peuvent bien donner, du degré de la lésion, une idée approximative, mais l'électrisation peut seule faire arriver à une conclusion assez précise ; car elle détermine des contractions musculaires d'autant plus faibles que les fibres contractiles sont moins nombreuses, et elle ne produit aucune contraction si elles sont toutes détruites.

Il ne survient de *complication*, dans le cours de l'atrophie musculaire idiopathique, que lorsque des muscles essentiels à la vie, ceux de la respiration, par exemple, se trouvent envahis par suite de la généralisation de la maladie. Les fonctions respiratoires subissent alors une atteinte grave, et l'*asphyxie* peut en être la conséquence ; on a vu cette asphyxie hâtée par une simple *bronchite*. Ball (*Union méd.*, 1856) a rapporté une observation de *démence* recueillie dans le service de Moreau (de Tours), à Bicêtre, et qu'il considère comme une complication de l'atrophie musculaire préexistante. Mais dans ce fait unique dans la science, et par conséquent exceptionnel, doit-on voir autre chose qu'une simple coïncidence ? C'est à quoi l'ensemble des faits déjà recueillis en assez grand nombre, et dans lesquels la démence n'est jamais survenue comme phénomène ultime, semble répondre par l'affirmative.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — L'atrophie musculaire a été dite progressive précisément parce que, dans la plupart des cas, elle tend à s'aggraver et à se généraliser. Mais la gravité du pronostic est subordonnée à l'origine de la maladie, et la marche envahissante et fatale s'observant surtout dans les cas d'atrophie idiopathique, et l'atrophie symptomatique restant en général localisée dans les parties où elle s'est développée. L'atrophie symptomatique d'une syphilis constitutionnelle, combattue par un traitement approprié (iodure de potassium), a marché vers une guérison manifeste dans les faits dont il a été précédemment question, quoique la lésion des muscles fût considérable. Les autres atrophies symptomatiques restent en général limitées, ai-je dit, ce qui en rend le pronostic plus favorable, sinon pour la guérison définitive, du moins pour l'innocuité.

**ATTAQUE.** — Voy. ACCÈS.

**ATTITUDE.** — L'attitude, considérée comme signe, doit se comprendre des positions diverses du corps tout entier ou de celles de certaines parties.

A. — Dans l'*attitude générale*, on trouve l'expression de l'état des forces musculaires, lorsqu'elles sont plus ou moins déprimées ou excitées. Les convulsions générales constituent l'exagération extrême des attitudes résultant de l'excitation motrice. Le *décubitus* la tête élevée, lorsqu'il est la seule attitude qui puisse conserver le malade, démontre habituellement un trouble plus ou moins profond des fonctions de la respiration ou des organes centraux de la circulation. L'aorte abdominale même, lorsqu'elle est oblitérée, oblige à un *décubitus* avec élévation de la partie supérieure du corps. Le *décubitus* horizontal est également impossible dans l'hépatite, ainsi que dans la pleurésie diaphragmatique.

Souvent l'attitude générale paraît naturelle dans le *décubitus* ; mais si l'on fait marcher le malade, il en résulte une hésitation, et par suite une attitude craintive, dans laquelle il cherche des points d'appui, ce qui indique une faiblesse musculaire ou une perversion des mouvements des deux membres inférieurs. L'attitude générale, dans la marche, est également caractéristique de la *paralysie* d'un seul des membres pelviens ou d'une *hémiplégie incomplète*.

Dans ce dernier cas, il suffit d'avoir une fois observé l'attitude dans la marche, le corps se relevant du côté opposé à la paralysie à chaque projection particulière en avant du membre pelvien affaibli, tandis que le bras paralysé reste pendant et immobile contre le tronc, pour ne plus méconnaître la valeur de cette attitude. Il en est de même de la démarche de certains *paralytiques généraux*, lorsqu'il y a plutôt perversion qu'affaiblissement des mouvements musculaires. Ces malades s'avancent par mouvements hésitants, mais saccadés, brusques et de peu d'étendue.

B. — Les *attitudes partielles* particulières que provoquent certaines affections locales ont plus d'importance séméiologique que l'attitude générale. — Les *douleurs vives*, par exemple, commandent souvent des attitudes ou des poses caractéristiques : la main se porte naturellement sur la région douloureuse, la tête s'infléchit vers elle, de même que le tronc, comme pour immobiliser la partie souffrante; dans ces différentes circonstances, l'expression de la physionomie annonce en même temps qu'une douleur est la cause de l'attitude anormale qui, jusqu'à un certain point, indique le siège de cette douleur. Le membre inférieur étant à demi fléchi, et immobilisé par une douleur vers son origine, doit faire présumer l'existence d'un phlegmon iliaque, avec inflammation de la gaine du psoas du côté correspondant. — Les *affections musculaires*, soit par la contraction devenue douloureuse de certains muscles, soit par leur contracture, soit enfin par leur affaiblissement, impriment à certaines parties du corps des attitudes vicieuses qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Les *contractures* locales, en dominant l'action tonique des muscles antagonistes, et les *paralysies* ou les *atrophies*, en rendant au contraire, par suite de leur insuffisance, les muscles antagonistes prédominants, expliqueront ces attitudes vicieuses partielles, et ces états pathologiques devront toujours être recherchés. Cette recherche serait inutile, si l'on trouvait : au niveau de la peau, des *cicatrices* étendues et profondes; au niveau du squelette, des *déformations osseuses* qui sont le point de départ de l'attitude, comme chez les rachitiques.

**AURA.** — Voy. ÉPILEPSIE.

**AUSCULTATION.** — Pour faire ressortir les applications de l'auscultation utiles à la pratique, en les envisageant d'une manière générale, j'en examinerai successivement le *but*, l'*application* et les *signes*, sans insister sur la théorie des bruits d'auscultation, que j'ai étudiée longuement dans un travail particulier (*Arch. gén. de méd.*, 1865, t. VI).

1° *But.* — On sait que l'auscultation a pour objet de recueillir les bruits normaux ou anormaux qui se produisent au sein des organes, et qui ne sauraient, pour la plupart, être perçus à distance par simple audition. C'est principalement dans l'intérieur des voies respiratoires et circulatoires, et au niveau des séreuses de la poitrine et de l'abdomen, que l'on recherche ces signes. On l'applique souvent aussi avec succès à la recherche de la grossesse. Ce n'est que dans un petit nombre de circonstances, ou dans des cas exceptionnels, que l'on a usé de l'auscultation pour le diagnostic de certaines affections de l'estomac, des intestins, du foie et de la vésicule biliaire, des reins, de la vessie, de l'utérus, des ovaires, de l'oreille, des parties molles, des os et enfin des articulations.

2° *Méthodes d'exploration.* — Il résulte de cette énumération que l'auscultation est employée au niveau de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen et des membres. On sait qu'elle se pratique immédiatement avec l'oreille appliquée sur la partie à explorer, ou médiatement à l'aide d'un stéthoscope.

Le premier mode d'exploration, l'auscultation directe, est le plus fréquemment employé au niveau de la poitrine; mais le *stéthoscope* est indispensable pour

ausculter certaines régions limitées, soit parce que l'oreille ne saurait quer convenablement, soit parce que l'on parvient ainsi à circonscrire exactement le siège du bruit à percevoir. Des motifs de convenance souvent à se servir aussi de cet instrument pour ausculter les parties antérieures de la poitrine, chez les personnes du sexe.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier que, pour l'emploi de l'auscultation, le malade doit avant tout être dans la position la plus convenable pour la respiration. Qu'il soit debout, assis ou couché, il prendra une attitude régulière et symétrique s'il s'agit de comparer deux régions latérales correspondantes; bien, si l'on explore une région isolément, on fera en sorte que les bruits soient entendus autant que possible par la position (*Voy. POITRINE*). C'est si le malade est très-affaibli et couché, l'on devra, jusqu'à un certain point, se départir de cette règle, et le déranger le moins possible de la position choisie, à moins qu'il ne soit indispensable au diagnostic de procéder à une investigation plus complète que ne le permet son attitude. Dans ce cas, on agira aussi rapidement que possible, surtout si l'on veut ausculter la poitrine en arrière. Il peut arriver aussi que l'attitude assise soit impossible pour le malade s'il existe vers le sacrum une plaie accidentelle; dans certaines fièvres graves; on pourra, dans ce cas, ausculter avec succès sur chaque côté de la poitrine, le malade étant couché alternativement sur le dos et sur le ventre. Enfin, chez les sujets dont la dyspnée est excessive, avec métrorrhagie, l'on devra ausculter rapidement, en posant à peine l'oreille sur le stéthoscope sur le thorax. Dans le croup, l'auscultation peut, à certains moments, compromettre l'existence, selon Vauthier, qui conseille de s'abstenir, lorsque les mouvements imprimés à l'enfant amènent de la suffocation (*méd.*, 1848, t. XVII, p. 30).

Quant aux règles particulières à suivre pour pratiquer l'auscultation, on peut renvoyer aux traités spéciaux. J'ajouterai, avec Barthez, que, dans le cas où l'on ausculte un enfant dans la position assise, il faut garder d'appliquer l'oreille sur sa poitrine au moment où l'on vient de lui sur son séant; car alors il s'agit, sa respiration s'accélère, devient soit dans l'inspiration, soit dans l'expiration, ce qui expose à de nombreuses erreurs. Si, au contraire, on a la précaution de n'appliquer l'oreille que sur les parois de la poitrine que lorsque l'enfant est calme et tranquille, on pourra aisément à constater la pureté du bruit respiratoire, si elle existe. Chez les plus jeunes enfants, l'application de l'oreille, et, à plus forte raison, du stéthoscope, les contrarie ou les effraye; ils exécutent alors des mouvements de torsion du tronc en poussant des cris incessants, de sorte qu'on est souvent obligé d'abandonner l'examen. Si l'auscultation est possible, on fait tenir le jeu par une personne étrangère qui le porte à plat sur ses deux bras, ou soulève d'une main la poitrine de l'enfant de manière que la partie de la poitrine que l'on veut ausculter fasse une saillie sur laquelle l'oreille s'applique facilement (*Traité des mal. des enfants*, 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 47).

Il arrive quelquefois que, chez l'adulte, la respiration n'est pas d'une manière tendue, soit que le malade diminue l'étendue ou la fréquence des mouvements respiratoires, soit qu'il respire comme à l'ordinaire. Dans ce cas, on ne peut accélérer la respiration ou faire des inspirations profondes, et, si ces manœuvres ne suffisent pas pour faire percevoir les bruits respiratoires, on fera tousser le malade. Il est rare que, par ce moyen, l'inspiration profonde qui précède immédiatement la toux ne fasse pas entendre la respiration. Il faudra donc, dans ces cas d'obscurité des bruits perçus, ausculter dans les trois conditions que je

ppeler : respiration ordinaire, respiration accélérée et plus profonde, et toux. Cette recommandation est surtout utile chez le vieillard, lorsque l'on soupçonne une affection thoracique, et principalement une pneumonie, maladie si fréquente un âge avancé, et si souvent obscure.

Pour l'auscultation du cœur, au niveau duquel des bruits anomaux, peu accentués, peuvent quelquefois être pris pour des bruits respiratoires accélérés, ceux-ci masquer les bruits du cœur, il est de règle de faire suspendre momentanément les mouvements de la respiration par le malade. Lorsqu'il n'existe pas de dyspnée avec menace de suffocation, cela est presque toujours possible, au moins pendant un temps très-court, mais suffisant pour permettre ensuite de se débarrasser de la part des bruits cardiaques ou vasculaires et des bruits respiratoires. La palpation du pouls, pendant l'auscultation des bruits du cœur, est encore un excellent moyen de discerner les deux bruits cardiaques.

Quant à l'auscultation pratiquée dans les régions autres que la poitrine, ou au niveau des organes situés en dehors de cette cavité splanchnique, j'indiquerai, s'il y a lieu, les particularités de son application à propos de ces régions ou de ces organes. L'auscultation obstétricale sera traitée au mot GROSSESSE.

3<sup>e</sup> Signes. — Les signes perçus par l'auscultation varient suivant les organes sur lesquels on se propose de faire le siège. Tantôt ce sont des résonnances particulières qui se manifestent au niveau d'organes qui sont exempts de tout bruit dans l'état physiologique; tantôt, au contraire, les signes perçus sont des résonnances qui se substituent ou ajoutent aux bruits normaux qui se produisent dans les organes. Cette distinction est importante, car, dans le premier cas, il suffit de constater le bruit anormal pour lui attribuer toute sa valeur; tandis que, dans le second cas, les bruits physiologiques modifiés peuvent quelquefois ne l'être pas assez franchement pour que leur signification soit exempte d'incertitude. Pour échapper autant que possible aux difficultés qui en résultent, il faut bien connaître les bruits perçus dans l'état normal. Je vais rappeler sommairement les uns et les autres, mais seulement pour l'appareil respiratoire, l'application de l'auscultation aux autres appareils ayant été traitée dans des articles particuliers consacrés aux régions ou aux organes.

Du côté des organes respiratoires, il ne faut pas oublier que le *murmure vésiculaire normal* (comme le retentissement de la voix et de la toux) est d'autant plus intense que les parois thoraciques sont plus minces, et que la pénétration de l'air est plus rapide et plus profonde; qu'à l'origine des bronches, sur les côtés de l'épine, ce murmure prend quelquefois le caractère bronchique; et qu'au sommet des poumons, il est parfois plus intense à droite qu'à gauche, surtout dans l'expiration (Louis). — Chez les enfants, le bruit respiratoire est habituellement exagéré (respiration puérile), presque soufflant même, si l'expiration est rendue plus profonde par un soupir ou toute autre cause. Mais cette exagération n'a rien de habituelle chez les plus jeunes enfants, suivant Trousseau et Barthez, ce qui tient à ce que la respiration est très-courte dans le premier âge, comme Barthez l'a fait remarquer. Barthez ajoute qu'il suffit que l'enfant pousse un soupir ou fasse une inspiration profonde, pour que le bruit respiratoire soit presque soufflant. Barthez et Rilliet, qui ont décrit avec détail les résultats de l'auscultation chez les enfants sains ou rachitiques, adoptent cette explication, dont j'ai moi-même pu constater la justesse, à l'hospice des Enfants-Trouvés. Tout dépend donc des conditions d'ampleur ou de vitesse dans lesquelles se font les mouvements respiratoires. — Chez les vieillards, la respiration est assez souvent plus faible, ou bien plus bruyante ou plus rude que chez l'adulte, sans que

les observateurs aient jusqu'à présent pu donner une explication satisfaisante de ces différences.

Pour rappeler l'ensemble des *bruits respiratoires anomaux*, j'adopterai les divisions généralement admises, non qu'elles soient irréprochables, mais elles permettent d'en faire méthodiquement l'énumération. Barth et Roger rattachent les altérations du bruit respiratoire à des modifications : 1° de son intensité (*respiration forte, faible ou nulle*); 2° de son rythme (*respiration fréquente ou rare, saccadée, longue ou courte, avec expiration prolongée*); 3° de ses caractères (*respiration rude, bronchique, caverneuse, amphorique*); 4° enfin à la production de bruits anomaux spéciaux : bruits de *frottement*, *râles* (*secs ou sonores ou humides*), auxquels il faut joindre les *craquements* et le *bruit de soupape*.

Les phénomènes pathologiques de la voix et de la toux comprennent : 1° pour la voix, des modifications d'intensité ou de timbre; la simple exagération ou l'absence du *retentissement vocal*; la voix *bronchique, caverneuse* (ou *pectoriloque*), la voix *amphorique*; 2° pour la toux : la toux *bronchique* ou *tuberculeuse*, la toux *caverneuse*, la toux *amphorique*; 3° enfin, comme phénomène lié à la respiration, à la voix et à la toux, le *tintement métallique*.

Le bruit de *fluctuation thoracique* (par la succussion hippocratique) constitue un appendice de ces différents bruits anomaux.

Les conditions dans lesquelles se montrent ces différents signes ne doivent pas m'occuper ici. On en trouvera l'exposé, avec le complément des généralités de cet article, aux mots ABDOMEN, BRUITS ANOMALX, POITRINE, TÊTE, et aux articles consacrés à chaque organe, à chaque signe d'auscultation ou chaque groupe de signes (*Voy. AMPHORQUES, BRONCHIQUES, CAVERNEUX (Phénomènes); VOIX THORACIQUE, etc.*).

Il est un mode d'auscultation tout particulier préconisé dans ces derniers temps par Collongues, sous le nom de DYNAMOSCOPIE (*Voy. ce mot*).

**AUTOPHONIE.** — *Voy. VOIX THORACIQUE.*

**AVORTEMENT.** — Quoique je n'aie à m'occuper de l'avortement ni au point de vue de la tokologie ni à celui de la médecine légale, le sujet n'en présente pas moins une certaine importance diagnostique. Les phénomènes séméiologiques qui caractérisent ou qui suivent l'avortement, lorsque celui-ci est dissimulé ou ignoré par la femme, peuvent, en effet, être méconnus, et donner lieu à de grossières erreurs de diagnostic, principalement lorsque la grossesse n'est pas encore très-avancée.

Lorsque l'on est appelé auprès d'une jeune femme, au moment où se fait l'avortement, il est rare que l'intensité des douleurs de bas-ventre, qu'on ne sent pas soupçonner la vérité, surtout si un état général satisfaisant d'énergie, la physionomie naturelle, l'état normal du poulx et une hémorrhagie caractéristique coïncident avec ces douleurs. Si la grossesse est assez avancée pour que l'on sente derrière le pubis, ou au-dessus, le globe utérin se durcissant pendant la douleur, et à plus forte raison si le toucher fait sentir un corps arrondi dans le conduit élargi du col utérin, les probabilités se changeront presque en certitude. — Je dis presque, car les mêmes phénomènes pourraient, dans des cas très-rares, être dus à l'expulsion, au lieu de l'œuf, d'une tumeur polypeuse développée dans l'intérieur de l'utérus. Il n'y aura donc certitude d'un véritable avortement que par suite de l'expulsion du produit de la conception. — Des douleurs très-vives, analogues à celles de l'avortement, et avec développement de l'utérus, ont lieu par suite de l'oblitération du col utérin et de la RÉTENTION du sang menstruel. Elles pourraient bien également simuler d'abord une parturi-



on prématurée; mais alors l'hémorrhagie qui précède ou accompagne l'avortement faisant complètement défaut, l'erreur ne saurait être de longue durée, surtout après que l'on aurait pratiqué le toucher. — Une *métrorrhagie abondante*, dont la cause est incertaine, doit toujours faire soupçonner une fausse couche, principalement si la femme accuse un retard dans la menstruation; mais ici encore la certitude n'existera que si l'œuf ou l'embryon se retrouvent au milieu des caillots expulsés.

Quoiqu'il soit admis que l'avortement favorise à sa suite le développement des infections utérines, son influence à cet égard ne s'exerçant que dans un certain nombre de cas, on ne saurait conclure de l'existence de ces maladies à celle d'un avortement antérieur.

L'avortement étant avoué ou reconnu, il n'est pas toujours possible de remonter à la cause qui l'a provoqué. Cette recherche, au point de vue médico-légal, constitue souvent un des problèmes les plus délicats à résoudre; et il peut en être de même dans la pratique ordinaire, car, sur beaucoup de points, la science n'est pas définitivement fixée à cet égard. D'autres fois, au contraire, l'étiologie de l'avortement est très-facile à préciser. Des *violences extérieures*, des *mouvements forcés*, surtout si la femme a eu antérieurement, comme prédisposition, plusieurs avortements, et si elle a atteint environ le milieu de sa grossesse, des maladies graves de la mère, telles que la *pneumonie*, la *variole* (qu'elle communique à son enfant), le *cancer utérin*, etc., peuvent expliquer naturellement la parturition prématurée.

**AXILLAIRE** (Région). — Voy. AISSELLE.

**BACTÉRIES.** — On désigne ainsi des infusoires parasites infiniment petits, puisqu'ils ne peuvent être recherchés au microscope qu'avec un grossissement de 950 diamètres et avec un fort éclairage, que l'on trouve dans le sang dans certaines conditions pathologiques nécessaires à connaître.

Les bactéries sont de petits bâtonnets cylindriques, droits, minces, longs de 0,006 à 0,012, sans aucun mouvement, très-souvent mêlés à des vibrions rétilles. Elles ont été signalées : dans le sang des *maladies septiques* (Fuchs,



Fig. 13. — Goutte de sérum.



Fig. 14. — Parcelle d'un caillot.

188; Coze et Feltz, 1866); dans le sang *charbonneux* (Delafond), comme dans le sang de rate; dans les *lochies de la fièvre puerpérale* (Mayer Hoffer, de Berlin); dans le *muco-pus* (Pouchet, de Rouen); dans des crachats de la

*coqueluche* (Poulet), dans ceux de la *rougeole*; dans le sang d'un homme mort de *fièvre typhoïde*; dans les humeurs et les organes chez l'homme et chez les animaux atteints de la maladie *farcino-morveuse* (Christot et Kiener, *Acad. des sciences*, nov. 1868). Cependant on n'est pas encore éclairé sur les signes que l'on doit rapporter à la présence des bactéries dans le sang chez l'homme.

**BALANITE.** — Le diagnostic de la balanite ou inflammation de la muqueuse du prépuce et du gland, et d'où peuvent résulter le phimosis et le paraphimosis, ne présente pas la moindre difficulté. Mais il est important de ne pas confondre avec des chancres, les ulcérations superficielles qui accompagnent quelquefois la balanite. Il faut distinguer la balanite qui complique les véritables chancres ou la blennorrhagie de celle qui est due simplement à l'étranglement de l'orifice préputial et à l'accumulation de la matière sébacée entre le prépuce et le gland.

**BALLONNEMENT.** — Voy. MÉTÉORISME.

**BALLOTTEMENT.** — Le ballottement est un des signes les plus évidents de la grossesse. Il se pratique à l'aide de l'indicateur porté sur l'utérus, en avant du col si la femme est debout, et en arrière si elle est couchée. On refoule brusquement, mais sans violence, cet organe de bas en haut, et l'on sent peu après le choc du fœtus mort ou vivant qui, d'abord soulevé dans le liquide de la poche amniotique, retombe à la partie déclive. Pour obtenir ce signe, il faut que la grossesse soit déjà avancée, car il ne peut malheureusement s'obtenir dans les trois premiers mois, précisément dans la période de la gestation où il serait le plus nécessaire de diagnostiquer la grossesse (Voy. ce dernier mot).

On a encore donné le nom de ballottement au mode d'exploration employé dans les cas de dilatation de l'estomac, et qui consiste à déterminer, à l'aide des deux mains placées de chaque côté de l'abdomen, un bruit particulier ressemblant à celui que rendrait une vessie à moitié remplie d'air et de liquide, et à laquelle on imprimerait des secousses.

**BARBIERS.** — Voy. BÉRIBÉRI.

**BASSIN.** — Si l'on considère la charpente osseuse qui constitue le bassin comme les parois résistantes d'une cavité particulière occupée par des organes très-importants, et analogue à la cavité abdominale proprement dite, on reconnaît que le diagnostic doit revendiquer une foule de notions pratiques très-intéressantes, qui résultent de la contiguïté des organes qui y sont contenus.

Le réservoir de l'urine s'ouvrant à l'extérieur par l'intermédiaire de l'urètre; la fin du gros intestin se terminant par l'anus; et, comme organe intermédiaire chez la femme, l'utérus, qui communique au dehors par le vagin, et qui se rattache latéralement aux ovaires par les trompes et les ligaments larges; le péritoine, dont les replis interposés transversalement forment des espèces de culs-de-sac à la cavité péritonéale, et enfin, au-dessous du péritoine, un tissu cellulaire assez lâche, des vaisseaux et des plexus nerveux : tel est l'ensemble des principaux organes contenus dans la cavité du bassin, et qui sont le siège de signes nombreux et de maladies locales très-diverses.

Les organes contenus dans le bassin peuvent d'abord, en se déplaçant ou se développant, envahir en haut la cavité abdominale. La vessie, lorsqu'elle est distendue par l'urine, l'utérus, lorsqu'il acquiert un volume assez considérable par une cause pathologique, une grossesse extra-utérine dans les dépendances de la matrice, le développement de l'ovaire, celui des tumeurs dont ces différents organes sont le siège, et enfin les tumeurs sanguines ou inflammatoires péri-utérines, se portent de préférence vers l'abdomen, où leur ampliation se fait avec



plus de facilité, la cavité du bassin étant en quelque sorte ouverte et même évasée de ce côté. — Dans l'intérieur du bassin, les organes subissent aussi des changements de position et de direction qui peuvent à eux seuls, pour l'utérus, par exemple, constituer des affections particulières (déviations utérines), mais qui souvent sont le résultat de refoulements et de pressions qui s'expliquent par des lésions voisines. Les déplacements d'organes, les tumeurs de l'intérieur du bassin, peuvent aussi venir faire saillie vers les ouvertures ou les conduits naturels, et surtout vers le vagin.

Les douleurs occupant les organes contenus dans le bassin, les symptômes fonctionnels qui peuvent s'y remarquer, les excrétions auxquelles l'urètre, le vagin et le rectum donnent passage, varient suivant l'organe malade, si la maladie est locale; mais ils peuvent aussi dépendre d'une affection générale ou éloignée.

Les *moyens d'exploration* des organes contenus dans le bassin sont nombreux. Dans la région sus-pubienne, que les organes intra-pelviens peuvent accidentellement envahir, on utilise l'*inspection*, la *palpation* ou pression, la *percussion*, et parfois l'*auscultation* (Voy. HYPOGASTRE). Pour explorer plus profondément les organes, on ne peut y arriver que par les conduits naturels qui s'ouvrent inférieurement, et qui sont l'urètre, le vagin, le rectum. Les deux derniers permettent seuls l'introduction du doigt (toucher), ou d'un *spéculum*, qui est plus particulièrement employé pour le vagin. Le spéculum ne permet pas d'explorer au-delà des parois vaginales et du col utérin; il en est de même du toucher. Mais la *sonde utérine* va plus loin, puisqu'elle peut pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine. La *sonde vésicale* avec l'*endoscope* de Desormeaux sont les seuls moyens qui permettent d'explorer l'intérieur de la vessie.

Il est quelquefois nécessaire de combiner plusieurs de ces procédés en les employant simultanément : 1° le toucher vaginal ou rectal et la pression sus-pubienne; 2° les deux touchers, vaginal et rectal; 3° le cathétérisme vésical et le toucher par le rectum ou le vagin; 4° l'emploi du spéculum vaginal et de la sonde utérine.

On utilise l'ensemble des données de diagnostic qui viennent d'être simplement indiquées, pour déterminer la *localisation de la lésion* dans tel ou tel organe contenu dans le bassin. Quelle que soit cependant la précision des moyens explorateurs mis en usage de nos jours, il n'est pas toujours possible de déterminer le siège anatomique cherché. Cela est surtout vrai pour les parties situées au-delà de la zone qu'il est possible d'atteindre directement ou indirectement dans l'exploration, et qu'on ne peut ni voir, ni toucher, ni sonder. Dans certaines circonstances même, où cette investigation est aisée, il est parfois difficile de décider si un épanchement ou une tumeur occupent l'un ou l'autre organe, l'un ou l'autre tissu. C'est ce qui peut arriver pour leur localisation dans le ligament large ou l'ovaire, dans la cavité du péritoine ou le tissu cellulaire sous-cutané, etc. On peut dire qu'en général le bassin participe de l'abdomen pour les difficultés diagnostiques, qui résultent de la multiplicité des organes qui y sont contigus.

**BATTEMENTS.** — Les pulsations ou battements sensibles à la palpation au niveau du cœur ou des principaux troncs artériels, dans l'état sain, sont quelquefois visibles chez les individus très-maigres. L'exagération de ces battements du cœur ou des artères n'est pas très-rare dans les maladies, et c'est un signe qui, localisé dans une région, peut faire trop facilement croire à l'existence d'un anévrysme. Outre ces *battements vasculaires*, rythmiques comme les battements de l'organe central de la circulation, il peut en exister d'irréguliers

dans les muscles volontaires. Ils sont constitués par des contractions apparentes et partielles des fibres musculaires. De plus, il y a des battements qui donnent à certaines douleurs un caractère pulsatif, et d'autres qui, sans être douloureux, annoncent quelquefois la suppuration d'une inflammation locale (Voy. CONVULSIONS (fibrillaires), POULS, PULSATIONS).

**BAVE.** — Voy. ÉCUME.

**BELLADONE.** — Voy. EMPOISONNEMENTS.

**BÉRIBÉRI.** — Depuis la publication de la première édition de cet ouvrage, où le béribéri était déclaré une affection encore mal connue, elle a été sérieusement étudiée et l'objet d'un important travail de Fonssagrives et de Le Roy de Méricourt (*Arch. de méd.*, 1861). Depuis cette publication, le docteur Jules Rochard (*Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, 1866, t. IV) et Le Roy de Méricourt surtout (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1868, t. IX) ont traité de nouveau la question à des points de vue différents. Nous empruntons les matériaux de cet article à la remarquable monographie de Le Roy de Méricourt, qui est la plus complète et la plus récente.

On se rend compte de la confusion qui pendant si longtemps a fait de l'histoire de cette maladie un véritable chaos, quand on voit combien sa physionomie est variable.

Observé d'abord par les médecins militaires anglais, puis par les chirurgiens de marine français et hollandais dans les dernières années, on avait cru longtemps le béribéri propre au climat de l'Inde orientale. Mais on l'a observé en mer sur des transports dans les Indes orientales et en Amérique. Malgré les recherches multipliées qui ont été faites, une foule de points restent cependant encore à élucider. On trouve en première ligne des obscurités à dissiper la question des limites précises de la maladie. Elle est distincte de l'affection dénommée *barbière* pour Fonssagrives et Le Roy de Méricourt en 1861, ainsi que pour J. Rochard en 1866; mais les deux maladies n'en font plus qu'une en 1868 pour Le Roy de Méricourt, mieux éclairé par les travaux les plus récents, qui lui ont démontré qu'il s'agissait de deux formes d'une même maladie, due à une altération du sang.

**1<sup>o</sup> Éléments du diagnostic.** — Le début est brusque ou précédé de prodromes tels que l'*alanguissement*, de la *faiblesse*, des *douleurs vagues* dans les jambes, un sentiment de *constriction à la base de la poitrine*, un peu d'*anhélation* pendant la marche; quelquefois il y a des frissons et de la céphalalgie. Dans beaucoup de cas, l'invasion est brusque. L'*anasarque* est le principal symptôme du béribéri; elle débute par les extrémités, surtout par l'infiltration des malléoles, gagne le tronc, distend souvent énormément le scrotum, la face, le sternum, etc., et devient rapidement générale, sauf à la partie postérieure du tronc, qui est exempte d'infiltration. Les séreuses s'infiltrent, ce qui détermine une *dyspnée* qui augmente au moindre mouvement; il y a une *anxiété* et des *douleurs intolérables*, notamment à l'épigastre, qui font parfois pousser des *cris déchirants* au malade. — D'autres fois ce sont les troubles de la sensibilité et de la myotilité qui prédominent. Il y a de l'*anesthésie* de la peau des membres inférieurs, la *sensation du sol* n'est pas nette, il y a de la *faiblesse* et de l'*incoordination dans les mouvements* de ces membres (De Meijer). Il y a en même temps *hyperesthésie* des muscles, dont la moindre pression arrache des cris au patient, tandis que rarement la pression est douloureuse au niveau et dans le voisinage de l'épine vertébrale.

L'intelligence reste intacte, sauf lorsque survient un *coma* ultime, et le *sommeil* est troublé par les douleurs musculaires et articulaires et surtout par la



dyspnée. Il n'y a pas de fièvre, ni de troubles digestifs, si ce n'est quand la maladie est avancée; alors la *fièvre* et des *vomissements* répétés peuvent survenir. Les *urines* sont généralement rares, plus ou moins troubles, de couleur foncée; elles peuvent être supprimées. Quelquefois les urines sont claires, naturelles; tantôt elles sont *albumineuses*, et tantôt *ne contiennent pas d'albumine*. Il y a des observateurs qui n'en ont constaté dans aucun cas, ou qui n'en ont rencontré que des traces (Richaud).

*2<sup>e</sup> Inductions diagnostiques.* — Le béribéri qui débute par l'œdème ou l'anasarque et par la paralysie des extrémités inférieures ne saurait être méconnu dans les contrées où on l'observe, ou bien à bord des bâtiments qui transportent des coolies indiens et sur lesquels la maladie se déclare épidémiquement, comme on l'a vu en 1861 (Guy, Richaud). Mais lorsqu'une anasarque suraiguë est le caractère principal de la maladie et que les accidents paralytiques font défaut, on pourrait croire à une albuminurie aiguë. On s'était demandé déjà en effet, en l'absence de renseignements suffisants, si en pareil cas les urines n'étaient pas albumineuses. Il est reconnu aujourd'hui qu'elles ne le sont que dans un certain nombre de cas; l'absence de l'albumine dans l'urine, lorsqu'elle a lieu, suffit donc pour éloigner l'idée d'une maladie de Bright pour l'ensemble des faits. Lorsque l'albumine est constatée, ordinairement en petite quantité, on ne peut croire non plus à cette affection, attendu que, lorsque l'anasarque prédomine, le béribéri a une marche très-rapide, puisque la mort peut survenir en quelques heures; et de plus il y a une dyspnée rapidement considérable et une sensation extrêmement pénible de pesanteur et de constriction épigastrique qui donnent une physionomie toute particulière à la maladie. Il y a de plus, dans les cas graves, dans les membres inférieurs, des raideurs articulaires et des douleurs profondes, des engourdissements, des fourmillements, même en l'absence de véritable paralysie.

Mais il arrive que la maladie peut d'abord être caractérisée pendant plusieurs jours, non plus par l'anasarque, mais par les derniers phénomènes que je viens de rappeler. La marche est alors incertaine; il y a de la tristesse, de l'abattement, avec incapacité du travail et de l'exercice; il y a en même temps l'anesthésie cutanée et l'hyperesthésie musculaire que j'ai rappelée plus haut; les jambes défaillent sous le poids du corps, et bientôt à la paralysie se joint une atrophie des muscles des membres, du tronc, de la face, et la mort peut survenir par asphyxie. Au début de cette forme de la maladie, on croirait volontiers à une affection rhumatismale, mais bientôt l'enchaînement des accidents vient éclairer l'observateur. C'est à cet ensemble d'accidents paralytiques qu'on a appliqué le mot de *barbiers* comme désignant une maladie particulière, autre que le béribéri. Mais comme ces mêmes accidents se remarquent très-atténués ou très-franchement accusés avec l'anasarque et les autres symptômes du béribéri, il n'y a plus à douter que les deux affections ne doivent en faire qu'une seule.

Les éléments de diagnostic que fournissent les antécédents sont très-importants. — D'abord la *marche* du béribéri, lorsqu'elle est suraiguë, a par cela même une physionomie toute spéciale qui, dans les contrées où se rencontre cette maladie, ne permet plus de méconnaître cette dernière. Lorsqu'on voit les malades quelques jours après le début, les symptômes caractéristiques par leur groupement viennent donner la certitude au diagnostic, s'il n'a été que soupçonné d'abord. — L'étiologie fournit des éléments de conviction non moins précieux. D'abord la maladie est épidémique; et lorsqu'elle est déclarée et reconnue, les moindres indices éveillent l'attention au début de l'invasion des

cas nouveaux. Il ne faut pas perdre de vue que c'est surtout après de longues traversées avec un régime insuffisant que la maladie se déclare. On a incriminé, tort l'usage trop exclusif du riz par les indigènes indiens. Le mal, qui respect les équipages européens, atteint les matelots et les passagers de couleur qu'il décime cruellement, ce qui tient moins à la différence de race qu'à la différence de l'alimentation. Le bérubéri est d'ailleurs très-rare chez les enfants, et les femmes n'en sont pas exemptes. Enfin, si j'ajoute que « les individus chétifs, épuisés par la nostalgie, les excès, les privations, sont les victimes privilégiées du bérubéri, » j'aurai rappelé les données étiologiques utiles à signaler.

Le bérubéri pourrait être facilement confondu avec l'anasarque aiguë et rapide due à la suppression brusque de la transpiration, si dans celle-ci on ne constatait pas l'albuminurie et l'absence des troubles de la sensibilité et des mouvements qui existent dans l'affection qui m'occupe. — Le scorbut qui s'accompagne d'œdème a, comme caractères propres, les pétéchies, les ecchymoses, les raideurs articulaires, les indurations par extravasations sanguines dans les muscles et le tissu cellulaire, l'état fongueux des gencives, les hémorrhagies par diverses voies. — Les hydropisies mœnimatiques ont des antécédents qui sont caractéristiques, de même que la teinte spéciale de la peau, l'engorgement des viscères abdominaux, etc. La forme épidémique du bérubéri l'empêchera facilement d'être pris pour un rhumatisme musculaire ou articulaire.

Les accidents paralytiques de la sensibilité ou du mouvement pourraient faire croire à une *méningite spinale* ou une *méningo-myélite*, si les particularités de ces accidents paralytiques du bérubéri ne coïncidaient pas avec d'autres phénomènes caractéristiques. — Il en est de même de l'*atrophie musculaire progressive*.

Il faut beaucoup tenir compte des formes du bérubéri pour le diagnostic. Les formes qui résultent du groupement différent des symptômes. La forme *hydro-pique*, dans laquelle domine une anasarque rapidement progressive, est toute différente de la forme *paralytique* pure, *atrophique*, où l'anasarque fait défaut. Il y a aussi la forme *mixte*, caractérisée à la fois par l'anasarque et les troubles de la sensibilité et de la myotilité.

Enfin on ne doit pas oublier qu'il peut survenir, vers la fin de la maladie, des complications diverses qui rendent compte des lésions anatomiques variées qu'on a constatées après la mort.

3° *Pronostic*. — Il est généralement assez sérieux, quelle que soit la forme de la maladie. Il faut savoir qu'il peut survenir des exacerbations rapides, des rechutes imprévues. Les signes pronostiques les plus certains sont ceux tirés de la respiration ; le moindre accident de dyspnée doit inspirer de l'inquiétude. La sensation d'anxiété précordiale et la fréquence du pouls, surtout lorsqu'elle persiste malgré l'amendement des autres symptômes, ont une signification très-grave. Il en est de même de la persistance des mauvaises conditions hygiéniques. La mortalité peut être évaluée, d'après un nombre de plus de deux mille malades, au tiers environ.

**BILE.** — Je n'ai pas à examiner ici le rôle que joue la bile dans les maladies, rôle auquel les médecins anciens attachaient une importance hypothétique très-exagérée. Il est évident que si l'on s'en tient aux vérités démontrées, nous savons très-peu de chose sur l'influence pathogénique de la bile et même sur les altérations matérielles qu'elle peut subir. La concrétion de la bile en *calculs*, la coloration de la peau par la bile (*ictère*), et la présence de la bile dans les matières excrétées, sont les points que j'aurais à examiner, si je n'avais déjà



traité les deux premiers dans des articles particuliers. Il ne sera donc question ici que de la présence de la bile ou de ses éléments dans les liquides ou dans les matières qui sont rejetées hors de l'organisme.

1<sup>re</sup> *Caractères*. — La bile contenue dans les matières des vomissements est facilement reconnaissable à l'*amertume* qu'elle produit au moment de son passage dans la bouche du malade, et à sa *couleur*, qui varie du jaune au vert-bouteille ou au noir, au vert-pré, au vert-de-gris. Dans les *déjections alvines*, que la bile colore en brun dans l'état normal, les matières bilieuses liquides peuvent être prédominantes et prendre une teinte verte ordinairement foncée, ou bien, en moindre quantité, donner une couleur jaunâtre aux déjections. L'absence de bile leur laisse la couleur du mastic de vitrier. Dans les *crachats*, on peut attribuer à tort à la bile une coloration jaune due à une petite quantité de matière colorante du sang (pneumonie). Dans le doute, il faut traiter les crachats, préalablement délayés dans un peu d'eau, par l'acide azotique, comme on le fait pour l'urine que l'on soupçonne contenir de la bile. Cette recherche de la bile dans l'urine est, en effet, très-utile au diagnostic, dans le cas, par exemple, où il existe une coloration ictérique de la peau tellement douteuse que l'on ne saurait se prononcer.

Dans ces différentes circonstances, l'acide azotique, ajouté goutte à goutte au liquide renfermant de la bile, fait prendre successivement, aux couches inférieures, une couleur *verte, bleue, rouge, jaune*, par une addition de plus en plus grande d'acide. On peut obtenir successivement la superposition, en zones, de ces diverses colorations, la zone verte gagnant la partie supérieure, où elle est refoulée par les autres. Cela s'explique par la densité de l'acide azotique, et par sa concentration plus grande vers le fond du tube qu'au-dessus. Lorsqu'un liquide contient une assez grande quantité de bile, il suffit d'y tremper un linge pour que ce linge se colore en jaune. L'examen microscopique ne saurait être d'une grande utilité pour reconnaître la présence de la bile dans les liquides. La constatation de la cholestérine, qui pourrait la déceler, se rencontre, en effet, dans une foule d'autres liquides non bilieux de l'économie; seulement elle est abondante dans la bile, considérée par le docteur Flint comme le liquide élementiel de la cholestérine (*Voy. CHOLESTÉRÉMIE*). C'est un corps cristallin en écailles brillantes, composé de lames rhomboïdales caractéristiques au microscope (*Voy. URINES*).

*Conditions pathologiques*. — Dans le cours d'un certain nombre de maladies la bile s'écoule avec excès dans l'intestin, sans que cette hypersécrétion se s'expliquer dans son principe, à moins que ce ne soit à la fin d'une colique hépatique due à un calcul qui a passé dans l'intestin, et qui a cessé par conséquent d'obstruer les voies biliaires. D'autres fois, au contraire, au lieu de s'écouler par ses voies naturelles, la bile est entraînée en totalité ou en partie dans le torrent circulatoire, soit par suite d'obstacles mécaniques bien déterminés dans les voies biliaires, soit par des causes dont l'action nous est mal connue. C'est la pénétration de la bile dans le sang que les anciens ont fait jouer à tort un si grand rôle dans les maladies dites bilieuses; et l'on a décrit, sous le nom de *ictère*, une affection du sang qui résulterait de ce mélange insolite. Mais la cause de cette affection est loin d'être, dans tous les cas, suffisamment justifiée. Elle, ou plutôt seulement sa matière colorante, ainsi entraînée, se montre sous forme d'effluents et sous l'épiderme, en leur donnant une couleur *ictérique* plus ou moins prononcée; d'un autre côté, l'urine charrie alors la matière colorante de la bile déviée, qui se retrouve aussi dans différentes excréments. Enfin on sait mieux que pour toute autre affection bilieuse, les phénomènes que pro-

duisent les concrétions ou calculs biliaires, surtout lorsqu'ils émigrent vers l'intestin.

3° La *signification* de la présence de la bile sous l'épiderme ou dans les matières excrétées est donc assez obscure dans son origine. Néanmoins, dans un bon nombre de cas, il est assez facile de remonter à l'existence de l'affection qui en est le point de départ (*Voy.* BILIEUSE [FIÈVRE], ICTÈRE, URINE). Mélangée au pus d'un abcès plus ou moins rapproché de l'hypochondre droit, la bile révèle le siège de la lésion existant dans l'appareil biliaire.

**BILIAIRES (Voies).** — Les conduits biliaires, hépatique, cystique et cholédoque, et le réservoir qui leur est annexé (vésicule), sont trop profondément situés, à la partie inférieure du foie, pour être accessibles, dans l'état sain, à l'exploration. Mais il peut arriver que, par suite de lésions particulières des voies biliaires, la vésicule, prenant un développement plus ou moins considérable vers l'abdomen et débordant les fausses côtes, vienne en quelque sorte s'offrir à l'exploration.

1° Les *maladies* des voies biliaires sont assez nombreuses. Les **CALCULS**, qui sont souvent latents, constituent la lésion locale la plus fréquente des voies biliaires; ils donnent lieu à la COLIQUE HÉPATIQUE, dans presque tous les cas où celle-ci se manifeste. Les autres affections biliaires sont : la colique hépatique due à la pénétration de lombrics dans les conduits biliaires, l'inflammation de ces conduits, celle de la vésicule (CHOLÉCYSTITE), la RÉTENTION DE LA BILE par suite d'obstacle dans le canal hépatique, cholédoque ou cystique, et d'où résulte, dans les deux derniers cas, et surtout dans le cas d'oblitération du canal cystique, l'HYDROPISE DE LA VÉSICULE.

2° Parmi les *symptômes* ou *signes* des affections des voies biliaires, il en est, tels que des *douleurs* plus ou moins vives vers l'hypochondre droit, l'*ictère*, les *vomissements*, qui ne sont nullement pathognomoniques, pris isolément. Ces symptômes acquièrent de l'importance par leur ensemble, leur succession et leur marche, mais surtout par leur coïncidence avec d'autres signes particuliers d'une plus grande valeur, qui rendent très-probable, ou mettent hors de doute, l'existence des lésions des voies biliaires. Ces derniers signes sont : la *décoloration des matières fécales*, résultant de l'obstruction des voies biliaires qui ne donnent plus momentanément passage à la bile; la présence, dans les excréments intestinaux, de *calculs biliaires*; et, par-dessus tout, le *développement de la vésicule* vers l'abdomen.

3° A la vésicule ainsi développée peuvent seulement s'appliquer les *moyens d'exploration* physique. Ce développement de la vésicule peut constituer, en effet, une *rénitence* plus ou moins étendue au-dessous du rebord des fausses côtes, sur le trajet d'une verticale abaissée du mamelon, et ainsi devenir sensible à la palpation et à d'autres moyens explorateurs. — La palpation est quelquefois plus ou moins douloureuse; elle fait percevoir, dans des cas exceptionnels, la sensation de *collision de corps durs* frottant les uns contre les autres, collision qui peut être entendue à l'aide du *stéthoscope*. Martin Solon a constaté le *bruit de collision* en saisissant la vésicule distendue, et en faisant faire au malade trois ou quatre efforts expulsifs en contractant le diaphragme (*Bulletin de thérap.*, avril 1849). — La *percussion* permet ordinairement de limiter la tumeur formée par la vésicule à l'aide de la *matité* qu'elle fournit, et à laquelle se joint une sensation de résistance. Cette matité se confond supérieurement avec celle du foie, et sa limite inférieure, arrondie, forme une convexité inférieure qui peut, avec le temps, descendre jusque dans la fosse iliaque. Dans les cas de grand développement de la poche biliaire, on peut y percevoir une *fluc-*



ation manifeste par la palpation et la percussion, et lorsque l'affection est ancienne, il est quelquefois possible, par une large pression, de faire refluer liquide dans l'intestin, lorsque les conduits biliaires sont redevenus libres. L'insertion de la tumeur sous les fausses côtes droites, et ses limites inférieures rondes, sont de très-bons caractères distinctifs.

**BILIEUSE (Fièvre).** — Il est peu de questions aussi obscures que la distinction des maladies fébriles des pays intertropicaux. La puissance de la chaleur de l'humidité sur les produits d'une végétation luxuriante engendre à profusion dans ces contrées des miasmes végétaux ou palustres qui ont été considérés comme la cause de toutes les fièvres qui y règnent. Fièvres *intermittentes simples* ou *pernicieuses*, à physionomies très-complexes, fièvres *rémittentes*, *convoies* ou *sub-continues*, fièvre dite *rémittente bilieuse*, fièvre *ictérique*, fièvre *jaune*, toutes ont été envisagées comme des maladies de nature miasmatique. La fièvre dite bilieuse des pays intertropicaux, qui est une maladie peu fréquente, se dégage-t-elle de cet ensemble de pyrexies par des caractères suffisamment précis, pour qu'on ne la considère pas comme une simple variété de fièvre paludéenne avec symptômes bilieux? Les avis des médecins qui ont observé dans ces climats sont partagés. On peut dire, avec Dutroulau, auteur d'intéressantes mémoires sur cette affection (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII; *Annales d'hygiène*, 53, t. X, p. 5, 24, et *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*), qu'il n'est pas une question qui concerne cette maladie qui ne soit controversée. Cependant elle est généralement admise comme espèce particulière de fièvre.

1° *Éléments du diagnostic.* — Pour bien comprendre la symptomatologie de la fièvre bilieuse, appelée aussi *fièvre bilieuse hématurique*, *accès pernicieux* ou *jaune*, *fièvre jaune des acclimatés et des créoles*, etc., et dont Dutroulau a donné une bonne description, il faut, avant tout, tenir compte de ses deux formes principales : la fièvre bilieuse intermittente ou rémittente, et la fièvre bilieuse continue.

La forme *intermittente* ou *rémittente*, qui s'observe plus souvent à Madagascar que dans les autres climats, est quelquefois précédée de prodromes ou d'accès simples de fièvre paludéenne (Gélineau). Elle débute par le stade de *frisson*, pendant lequel se montrent les symptômes bilieux : l'ictère souvent très-prononcé, les *vomissements*, puis les *selles* bilieuses, composées d'un liquide jaune ou d'un vert d'arséniate de cuivre; les *urines* ayant la couleur caractéristique du vin de Malaga, ou même celle de l'encre, ce qui est dû à des quantités considérables de sang, qu'on isole par le repos et la décantation, ou bien à de la bile seule (Daullé). Pendant ce stade de frisson, le malade est inquiet, agité, sa face est presque cadavéreuse, et sa respiration saccadée et suspicieuse. — Avec le stade de chaleur, l'anxiété augmente, la respiration fébrile est considérable, et les excréments deviennent plus douloureux et plus colorés. — Enfin le stade de sueur apparaît; la *transpiration* est abondante et colore les draps en jaune, d'après quelques observateurs; tous les symptômes de la fièvre, les vomissements et les selles cessent, les urines deviennent limpides, l'ictère seul persiste.

Après une courte apyrexie complète ou seulement une rémission, il survient un second accès et rarement un troisième, qui sont très-fréquemment suivis de guérison. Mais il y a des cas plus graves, dans lesquels les phénomènes fébriles se prolongent, s'accompagnent de *délire*, de *vomissements incessants*, de *pétéchies* et de *sudamina* confluents, d'anxiété, de *hoquet*, de *coma*, de fréquence et de petitesse du pouls, suivis de mort du cinquième au septième jour.

Dans la *forme continue* de la fièvre bilieuse, plus particulière aux Antilles et qui a reçu à la Pointe-à-Pître le nom de *bilieuse hématurique*, c'est par une période de fièvre inflammatoire, s'accompagnant d'ictère, que débute la maladie puis surviennent les *phénomènes de l'état bilieux*, complets, mais moins accentués. La bile semble concentrer son action sur le sang, et déterminer des accidents plus graves d'hémorrhagie et d'ataxo-adynergie; on dirait d'un empoisonnement (Dutroulau).

2° *Inductions diagnostiques*. — Les caractères qui peuvent établir l'indivisibilité pathologique de cette fièvre ne sont pas tellement précis qu'il soit tous les jours facile de distinguer cette maladie des autres affections bilieuses, à moins qu'elle ne se présente avec l'ensemble de ses signes fondamentaux tels que je les ai exposés : fièvre à type intermittent, rémittent ou continu, avec abondance de couleur verte des vomissements et des selles, altération des urines, surtout lorsqu'elles sont sanglantes, ictère intense, troubles de la respiration, et gravité croissante pendant l'accès, s'il y a intermittence.

Malgré le soin avec lequel Dutroulau cherche à élucider la question, on est forcé de reconnaître tout ce qu'il y a encore d'indéterminé dans le diagnostic différentiel qu'il s'efforce d'établir entre la fièvre bilieuse grave et les *maladies bilieuses autres que les fièvres*, les *fièvres à symptômes bilieux*, la *fièvre jaune*, la *fièvre rémittente* ou grande endémique des pays chauds des médecins anglais ou américains.

D'abord, parmi les affections bilieuses autres que les fièvres, on peut ajouter que les maladies locales ou localisées, et compliquées d'un état bilieux simple ou grave, comme la pneumonie, l'érysipèle, etc., se distingueront facilement de la fièvre bilieuse endémique des contrées torrides. Mais en sera-t-il de même de l'hépatite fébrile et de l'abcès du foie de ces mêmes contrées, de l'ictère grave, de la dysenterie fébrile à forme bilieuse? C'est ce que l'on ne saurait dire encore, faute de documents suffisants, les données connues n'étant nullement concluantes.

Dutroulau insiste sur la bénignité des *fièvres simples*, paludéennes ou non paludéennes, avec *symptômes bilieux*, et propres à tous les climats, pour les distinguer de la fièvre bilieuse, dont le degré le plus simple est toujours plus grave. Mais est-ce bien là une distinction suffisante? Je ne le pense pas. Il ne semble même que l'on doit, d'après la manière de voir de notre savant confrère, considérer l'ensemble de ces maladies, dans tous les pays, comme une seule espèce nosologique, avec des degrés variables d'intensité. De part et d'autre, en effet, on peut rencontrer les mêmes conditions essentielles de la fièvre bilieuse suivant Dutroulau : les influences paludiques et météoriques réunies.

L'incertitude est plus grande encore lorsque l'on compare à la *fièvre jaune* la fièvre bilieuse, et principalement sa forme continue, avec hémorrhagies et troubles cérébraux. Ce qui démontre cette incertitude, c'est que, pour exprimer le rapport qui existe entre les deux fièvres, on a considéré la fièvre bilieuse comme l'exagération de la fièvre jaune. Chacune, dit-on, a sa géographie et sa topographie propres; cela est vrai si l'on considère les cas nettement caractérisés de part et d'autre; mais les faits intermédiaires échappent nécessairement à la distinction classique des deux maladies, et ce sont ces faits nombreux qui font douter le praticien et que les travaux connus n'élucident pas. Quelques observateurs disent avoir constaté dans la fièvre bilieuse le véritable vomissement noir de la fièvre jaune. Mais je dois rappeler que la couleur de bile pure peut prendre cette teinte trompeuse; on doit donc imiter Dutroulau qui dit avoir toujours eu le soin d'examiner la couleur que le liquide commu-



au linge. Jamais il n'a ainsi constaté la présence du sang dans les matières vomies. On a encore signalé, comme caractère distinctif de la fièvre bilieuse et de la fièvre jaune, que la première atteint les créoles, ce qui lui a fait donner le nom de *fièvre jaune des acclimatés et des créoles*, tandis que la seconde, la véritable fièvre jaune, n'attaque que les Européens (*Voy. JAUNE*).

Quant à la *fièvre rémittente* ou *grande endémique* des pays chauds des Indes anglaises ou américaines, elle est, comme la rémittente de nos médecins, une fièvre paludéenne complexe, parmi les variétés de laquelle se trouve la fièvre bilieuse, mais qui ne serait pas toujours la fièvre dite bilieuse.

Dans les foyers de fièvres endémiques, il sera cependant facile de reconnaître les fièvres bilieuses à type intermittent, rémittent ou continu, à l'abondance et à la couleur verte des vomissements et des selles, à l'altération des urines, surtout lorsqu'elles sont sanglantes, à l'intensité de l'ictère, aux troubles de la respiration et à la gravité croissante pendant l'accès, s'il y a intermittence. Ainsi, tandis qu'il sera ordinairement facile de reconnaître la fièvre bilieuse dans les foyers de fièvres endémiques des climats chauds, lorsqu'elle présentera les caractères de ces caractères, on rencontrera, dans le cas contraire, de sérieuses difficultés pour dégager la fièvre bilieuse des maladies variées qui ont des rapports avec elle : grande lacune à combler par des observations rigoureuses, qui, qu'à présent, sont trop peu nombreuses pour la solution de ce difficile problème.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'existence de la fièvre bilieuse peut nettement être établie, d'autres questions de diagnostic surgissent et restent à résoudre, relativement à la forme, au degré d'intensité, aux lésions et aux complications de la maladie.

Le type intermittent, rémittent ou continu est d'autant plus essentiel à constater, que la forme intermittente offre ordinairement une bénignité qui contraste avec la gravité de la forme continue, dans laquelle ont été seulement rencontrés les phénomènes dits ataxo-adyamiques. Cependant il faut tenir compte d'une circonstance aggravante qui peut se présenter, même dans la forme intermittente; ce sont les *récidives* ordinairement de plus en plus graves qui surviennent à la suite d'une résidence prolongée dans le pays où la maladie a été contractée, qui se montrent même après qu'on l'a abandonnée. — Quant aux *lésions*, si l'on admettait que l'hépatite est fort distincte de la fièvre bilieuse, il n'en faudrait pas moins rechercher, autant que le permettent nos moyens d'investigation, si cet organe est lésé. Si l'on admet, avec Lebeau, que la vésicule et les conduits biliaires ont leur muqueuse enflammée, cet état local ne pourra-t-il pas donner lieu aux mêmes signes que certaines hépatites? C'est ce qui paraît probable. La question plus facile à décider au lit du malade est celle de l'augmentation du volume de la rate, qui serait notée, suivant Dutroulau, dans toutes les descriptions, dans tous les faits particuliers connus, et qui démontre la nature paludéenne de la maladie. — Les *complications* sont très-peu nombreuses. Dutroulau a rencontré dans un cas la *suppuration des reins*, et plusieurs fois une *cachexie bilieuse* chez des sujets soumis depuis longtemps à des accès de fièvre bilieuse. Ils conservaient, dans l'intervalle des attaques, une fièvre, des mouvements fébriles irréguliers, une douleur sourde dans l'hypochondre droit, avec augmentation de volume du foie, accumulation de sérosité dans le péritoine, et chloro-anémie caractéristique de la cachexie paludéenne. Ainsi, on le voit, les signes de cette dernière cachexie liée à des signes qui semblent bien à ceux d'une hépatite chronique.

3° *Pronostic.* — Pour formuler le pronostic de la fièvre bilieuse des pays torrides, il ne faut pas avoir égard à l'épithète *grave* qui lui a été donnée, car le plus souvent la forme intermittente, ainsi que nous l'avons rappelé, guérit après quelques accès. Le danger, dans cette variété, ne peut être que dans la répétition des récidives des attaques, qui sont composées de plusieurs accès; car certains observateurs n'ont vu la mort survenir qu'à la suite de ces récidives. La forme rémittente, et surtout la forme continue, menacent plus souvent la vie que la forme intermittente. La mort est alors précédée ordinairement de coma, considéré comme un phénomène toujours funeste, ou d'accidents ataxo-adyamiques (prostration, délire, convulsions). Plus l'ictère serait franc et prononcé, plus le pronostic serait favorable, suivant Lebeau.

**BILIEUX** (État). — On a ainsi désigné un ensemble de phénomènes attribués à la surabondance de la bile dans l'économie, et dont la fièvre bilieuse grave des pays chauds est l'expression la plus accentuée (*Voy.* le précédent article), tandis que l'EMBARRAS GASTRIQUE dit bilieux en offre le degré le moins prononcé. La teinte jaunâtre de la peau au pourtour des lèvres, vers les ailes du nez, au niveau des sclérotiques, ou l'ictère plus ou moins accusé, l'enduit bilieux de la langue, des nausées ou des vomissements de matières bilieuses, et des déjections liquides de nature semblable : tels sont les signes les plus manifestes de l'état si vaguement dénommé *bilieux* en pathologie. L'état bilieux du sang a été appelé cholémie.

**BLENNORRHAGIE.** — Cette affection est aiguë ou chronique. Il va être question en premier lieu de la blennorrhagie aiguë, d'abord chez l'homme, puis chez la femme.

#### I. *Blennorrhagie aiguë.*

A. CHEZ L'HOMME. — De l'aveu des auteurs les plus autorisés, il n'est pas possible de distinguer, au lit du malade, la blennorrhagie vénérienne de celle qui ne l'est pas. Je n'ai donc pas à établir de division pour les examiner séparément.

1° *Éléments du diagnostic.* — Le plus souvent les symptômes sont exclusivement locaux; car ce n'est que par exception qu'il existe du malaise ou des frissons au début, et, plus tard, de véritables symptômes fébriles. L'écoulement est le premier indice de la maladie, qui se caractérise en outre par un léger prurit au niveau du méat urinaire, puis par une véritable douleur. L'intensité de cette douleur est proportionnée à celle de la maladie, douleur provoquée ou exaspérée toujours par la miction, les érections, l'éjaculation, et parfois alors excessive, insupportable, le plus souvent bornée à l'extrémité de la verge (fosse naviculaire), et parfois s'étendant plus profondément, gagnant le périnée, où la pression l'exaspère, les testicules, les parois abdominales et les cuisses. La matière de l'écoulement, qui ne constitue quelquefois qu'un simple suintement, est ordinairement plus ou moins abondante; d'abord transparente et filante (mucus), elle devient successivement louche, blanchâtre, opaque (muco-pus) et, après le huitième jour, jaune, puis verdâtre, quelquefois sanieuse et contenant un peu de sang; elle a une odeur fade, parfois fétide, et produit sur le linge des taches d'un aspect en rapport avec ses différentes colorations.

L'exploration des parties fournit, outre la matière de l'écoulement, d'autres données utiles au diagnostic : rougeurs des bords du méat, quelquefois excoriation (Hunter), inflammation du gland, et même abcès sur les côtés frein; dans les cas intenses, l'urètre est dur, résistant, très-douloureux au toucher, donnant passage à un jet d'urine mince, parfois brisé par suite du gonflement de la muqueuse urétrale.



2 *Inductions diagnostiques.* — La douleur et l'écoulement sont les deux indices essentiels du diagnostic; et elles suffiraient à la rigueur, s'il ne s'agissait que d'établir l'existence de la blennorrhagie. Mais le problème à résoudre est plus complexe.

On a dit qu'il n'existait aucun moyen de reconnaître si la blennorrhagie est ou non virulente. Cela doit s'entendre des caractères locaux et actuels de l'affection; et si l'on recherche les commémoratifs avec soin, on peut arriver quelquefois à rattacher la maladie à une cause autre qu'un coït infectant. Je me hâte d'ajouter que ce sont les cas les plus rares; ils sont exceptionnels même, en sorte que la fréquence de la contamination doit toujours faire soupçonner une origine virulente de la blennorrhagie, et n'admettre qu'avec la plus grande réserve la blennorrhagie non virulente, lorsque l'existence d'un coït suspect est niée par le malade. On a admis, comme cause de la blennorrhagie non virulente : l'existence des lésions au moment du coït (Biday), comme on le verra plus loin; le séjour d'une lésion ou de tout autre corps étranger dans l'urètre; des violences extérieures, comme le rhumatisme ou l'arthritisme, une influence catarrhale épidémique, le froid, une affection herpétique des parties génitales (Lallemand), une excitation permanente de ces organes; l'usage de liqueurs en fermentation, comme le cidre, le vin nouveau, la bière surtout. On a été enfin jusqu'à accuser l'usage de l'opium, la constipation, la continence, la dentition des enfants, et la chute des dents de sagesse chez les jeunes gens, influences qui sont toutes problématiques. Il est clair que les causes externes seules sont assez positives pour être d'une franche utilité au diagnostic.

On ne pourrait confondre l'écoulement de l'urétrite ou de la blennorrhagie avec la balanite, dans laquelle la matière provient, non du canal de l'urètre, mais de la muqueuse du gland et du prépuce, ce dont il est facile de s'assurer. Il faut pas oublier toutefois que la balanite peut compliquer les blennorrhagies à certaine intensité; mais alors le doute de l'existence de la blennorrhagie n'existerait pas, et il suffirait de presser le canal de l'urètre, en poussant vers l'extérieur, pour en faire sourdre la matière blennorrhagique.

Après avoir déterminé l'existence de la blennorrhagie d'après les données cliniquement rappelées, il faut en établir en même temps : son degré d'intensité, son siège au niveau de la fosse naviculaire (cas le plus fréquent), ou dans une plus grande étendue de l'urètre; sa forme; ses lésions, et enfin ses complications.

Le degré d'intensité de la blennorrhagie dépend de l'acuité et de l'extension de la maladie ou moins grande de la douleur et de l'inflammation, qui s'observent à la suite de l'augmentation de la maladie, c'est-à-dire pendant les six à huit premiers jours. Lorsqu'il existe une incurvation de la verge en arrière pendant les érections, qui sont très-douloureuses (*chaudepisse cordée*), c'est que l'inflammation s'est étendue à toute l'épaisseur de la verge.

Quant aux formes de l'affection, il en a été admis un grand nombre. Les formes, basées sur l'intensité ou la prédominance de certains phénomènes symptomatiques, se révèlent d'elles-mêmes. Il en est d'autres, fondées sur les causes particulières de la blennorrhagie, causes dont l'influence douteuse n'a pu être démontrée. C'est ainsi que l'on a voulu établir des formes *rhumatismale*, *herpétique*, *scorbutique*. Certains auteurs ont aussi admis, avec Swédiaur, une blennorrhagie sèche; mais cette distinction n'a pas été généralement acceptée. On a décrit sous le nom d'*urétrorrhée* un écoulement bénin et cependant longtemps persistant, qui différerait de la blennorrhagie virulente par l'absence de douleur même pendant l'érection, par le peu d'abondance de l'écoulement,



par son aspect opalin, sans globules purulents, écoulement qui serait dû à la copulation avec une femme ayant ses menstrues (*Arch. de méd.*, 1861, t. XVIII).

Il serait très-important pour le diagnostic de pouvoir établir l'existence ou l'absence dans le canal de l'urètre d'une lésion à laquelle on a fait jouer un rôle capital : je veux parler du *chancre*. Le plus souvent, lorsqu'il existe, le chancre est latent ; et l'on ne saurait alors être plus autorisé à l'admettre comme larvé, qu'à le rejeter comme n'existant pas. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on peut conclure à l'existence d'un chancre, lorsque, par exemple, on constate les signes suivants indiqués par Lagneau : un *noyau d'engorgement* senti au dehors par le doigt au niveau du canal, un écoulement de *pus strié de sang* et une *douleur* qui est plus forte, au niveau de la lésion, au moment de l'émission de l'urine ou de l'introduction d'une bougie dans l'urètre.

Les complications de la blennorrhagie chez l'homme sont variées et nombreuses ; aussi ne doivent-elles pas être perdues de vue. Il en est qui résultent de la propagation de l'inflammation dans les voies urinaires profondes vers la vessie, les uretères, les reins, ou vers les testicules (par les canaux déférents) ; ce sont la *cystite*, la *pyélite*, la *néphrite*, et enfin l'*orchite* qui, en indurant l'épididyme, peut occasionner la STÉRILITÉ. D'autres complications, également inflammatoires, sont les *bubons*, au nombre d'un ou de deux, et qui se terminent quelquefois par une suppuration difficile à tarir, l'*arthrite*, l'*ophthalmie*, et, suivant Lagneau, l'inflammation des muqueuses du conduit auditif externe, des *fosses nasales*, du *larynx* et même des *bronches*. Toutes ces affections prennent alors la dénomination de *blennorrhagiques* de la cause qui les produit. Cependant on a dénié cette qualification à certaines complications. Le docteur Brander, de Copenhague, par exemple, considère l'arthrite comme l'effet d'un rhumatisme simplement concomitant, et ne se développant que chez les sujets qui ont été déjà affectés de cette maladie. Des complications plus graves sont : des *accès fébriles intermittents*, assez souvent pernicieux dans d'autres affections urinaires ; la *gangrène de la verge*, observée dans le cours d'une fièvre typhoïde chez un sujet affecté aussi de blennorrhagie ; des *abcès du périnée* et enfin la *phlébite de la veine dorsale de la verge*. Dans ce dernier cas, le dos de la verge, à la fin de la première période de la blennorrhagie, présente, vers le pubis, une tuméfaction inflammatoire considérable, dure et avoisinée par des vaisseaux veineux, sinueux et résistants, qui s'étendent jusque vers le prépuce ; en même temps, l'érection porte la verge redressée fortement en arrière. Cette complication singulière n'est pas grave, et, suivant Nélaton et Valleix, elle se termine assez rapidement par résolution, en rendant toutefois l'érection anormale pendant un temps assez long. Mais la terminaison par résolution n'est pas constante ; car j'ai observé un fait de cette espèce, dans lequel l'inflammation de la veine dorsale, qui formait un cylindre volumineux et dur, se compliqua d'un abcès vers la racine de la verge, et guérit d'ailleurs assez rapidement après la ponction de la collection purulente.

Enfin je dois rappeler comme *phénomènes consécutifs* de la blennorrhagie, d'abord des douleurs très-vives qui peuvent survenir au niveau du canal de l'urètre, et qui ont été particulièrement signalées par Vidal (de Cassis), ont été désignées, par quelques auteurs, sous les noms de *névralgie de l'urètre* ou *urétralgie*, et sont parfois assez rebelles. Les *pertes séminales* intempestives et surtout les *rétrécissements* du canal de l'urètre, sont rarement des conséquences de la blennorrhagie.

L'infection syphilitique peut-elle être une conséquence, une complication de



blennorrhagie, indépendamment de toute autre lésion vénérienne? On sait que cette question divise en deux camps les syphiliographes, et que, pour Ricord et les partisans de ses doctrines, les blennorrhagies avec chancre manifeste ou larvé sont les seules susceptibles d'être suivies d'infection générale. Cette manière de voir a des adversaires nombreux.

3<sup>e</sup> *Pronostic.* — La blennorrhagie de l'homme est loin d'être grave, dans une immense majorité des cas; elle ne saurait le devenir que par les complications qui peuvent survenir. Mais ce qu'il faut prévoir, pour en prévenir les malades, ce sont les *recrudescences* ou les *récidives* qui se montrent à la suite d'imprudences, et notamment d'écarts de régime ou d'abus prématuré du coït.

B. BLENNORRHAGIE AIGUE CHEZ LA FEMME. — Quoique la blennorrhagie chez la femme occupe des parties accessibles à l'exploration, le plus souvent le vagin, et moins fréquemment la vulve, l'utérus et l'urètre, il est plus difficile chez la femme que chez l'homme de distinguer, aux signes actuels, qu'il s'agit d'une véritable blennorrhagie.

1<sup>er</sup> *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes les plus ordinaires de la blennorrhagie, chez la femme, sont la douleur et surtout l'écoulement. La *douleur*, qui est légère, se montre parfois seulement pendant la miction; l'*écoulement* est d'abord clair, puis épais, opalin, opaque, etc., comme chez l'homme, et devient, dans certains cas, très-abondant. On constate par l'exploration, d'abord de larges *taches*, comme empesées, à la partie postérieure de la chemise de la malade; puis en écartant les lèvres de la vulve, on voit la *matière de l'écoulement* à l'orifice du vagin. La *vulve* est rouge, tuméfiée; le *toucher* et surtout l'application du *spéculum* sont très-douloureux et parfois même impossibles en raison de l'intensité de la douleur. L'introduction du spéculum montre, suivant Ricord, la muqueuse du vagin et du col de la matrice couverte de *papules* ou de *follicules* développés, constituant une vaginite ou utéro-vaginite papuleuse, une *psorélytrie*: tantôt sous forme de petites *taches* de la grosseur d'une tête d'épingle, plus ou moins nombreuses, tantôt sous forme de *prolutions* privées en quelque sorte d'épithélium, et ressemblant à des bourgeons charnus, tantôt enfin pouvant passer à l'état de véritables *végétations*. Quelquefois les mêmes parties offrent des *plaques*, de grandeur variable, semblables à des surfaces de vésicatoire en pleine suppuration, d'autres fois une éruption d'*herpès* phlycténoïde, des *ulcérations*. Des ulcérations non syphilitiques peuvent exister aussi au niveau de la fosse naviculaire de la vulve.

2<sup>e</sup> *Inductions diagnostiques.* — L'écoulement blennorrhagique et les sensations douloureuses qui coïncident avec lui, ne laissent aucun doute sur l'existence de la maladie, lorsque l'examen des parties génitales y fait découvrir les signes inflammatoires qui caractérisent la vaginite, et qui ont été rappelés plus haut. Mais le point essentiel, comme chez l'homme, est de remonter à la cause virulente ou non virulente de la blennorrhagie; or, chez la femme, la difficulté d'établir ce point de diagnostic est plus grande encore. Toutes les *excitations prononcées du vagin* peuvent, en effet, produire une vaginite non virulente. C'est ainsi qu'agissent la masturbation, les excès de coït, les premières approches conjugales, le viol, l'introduction dans le vagin d'un pénis trop volumineux ou de corps étrangers, certains pessaires, des dartres des parties génitales, etc. La seconde dentition et les oxyures, chez les petites filles, ont été considérés aussi comme des causes de vaginite. Deville a signalé également, comme assez fréquente dans la grossesse, une VAGINITE granuleuse particulière; et enfin Gormach a observé la vaginite simple comme complication fréquente dans le cours d'une épidémie scarlatineuse. Il serait d'autant plus important de bien



établir si l'une de ces causes doit être considérée comme l'origine de la maladie, que l'on est forcé d'admettre que la blennorrhagie virulente et la non virulente peuvent affecter exactement les mêmes formes chez la femme. La vaginite véritablement virulente ne suit pas ordinairement, comme chez l'homme, une marche très-aiguë à son début ; les symptômes en sont au contraire peu intenses dans presque tous les cas : nouveau motif de difficultés pour distinguer l'écoulement blennorrhagique des autres écoulements vaginaux. La coïncidence de véritables chancres contractés par la femme et communiqués par elle à un autre homme, est le seul élément valable de diagnostic, ainsi que la concomitance d'autres accidents vénériens bien manifestes.

En dehors de ces conditions, on ne peut arriver qu'à des probabilités, puisque l'on admet, par exemple, qu'un homme peut contracter une urétrite d'une femme atteinte de simple leucorrhée. C'est surtout lorsque, un écoulement vaginal non vénérien existant déjà, une véritable blennorrhagie est contractée par la femme, que le diagnostic est difficile. On a bien dit que, dans ce cas, il y avait suspension de l'écoulement au début de la blennorrhagie, puis changement d'aspect de la matière qui s'écoule de nouveau, mais ce sont des particularités difficiles à constater ; et d'ailleurs il peut n'y avoir, lorsque se développe la blennorrhagie, qu'une légère aggravation des symptômes déjà existants, fort insuffisante assurément pour éclairer le praticien. Enfin la question se trouve encore compliquée par le mauvais vouloir de la femme, lorsqu'elle veut dissimuler, non-seulement la nature vénérienne de son affection, mais encore l'écoulement lui-même, soit en niant des antécédents suspects, soit en faisant disparaître la matière de l'écoulement par des injections et des lavages multipliés. Dans les faits de ce genre, si le doigt, introduit dans le vagin, puis retiré en comprimant de bas en haut en même temps, fait sortir du canal de l'urètre une gouttelette de matière puriforme, on peut se prononcer pour l'existence de la blennorrhagie, lorsque l'écoulement a été jusque-là douteux ou dissimulé. Cependant il y aura du doute sur l'existence de la blennorrhagie, même dans cette circonstance, pour ceux qui, avec Melchior Robert, nient la blennorrhagie urétrale chez la femme, en n'y voyant qu'une simple folliculite (*Voy. VULVITE*).

Admettons que, malgré ces difficultés, la blennorrhagie soit reconnue, comme cela arrive dans les circonstances les plus favorables, il faut compléter le diagnostic en constatant son siège, sa forme, ses complications. Je dois faire observer que les différentes formes de l'affection résultent précisément du siège occupé par la maladie locale, et qu'elles peuvent toutes exister, soit isolément, soit simultanément.

La *forme* la plus fréquente est la blennorrhagie *vaginale*, pour laquelle il importe d'avoir recours au toucher et au spéculum ; car quelquefois c'est que la partie la plus profonde du vagin qui est affectée. C'est dans cette forme de blennorrhagie que l'abondance de l'écoulement est surtout remarquable et que la matière, devenue puriforme, peut avoir une odeur forte et nauséabonde. — Lorsque la blennorrhagie affecte la vulve (*vulvite*), les grandes lèvres sont tuméfiées et fréquemment le siège d'érosions ; la douleur est intense, accompagnée de cuissons parfois très-vives au moment du passage de l'urine sur les parties enflammées, et la miction elle-même s'accompagne de douleur dans le canal de l'urètre, qui le plus souvent est lui-même enflammé. — Ce n'est que dans des cas rares que l'*urétrite* caractérise seule la blennorrhagie chez la femme. La rougeur et la tuméfaction du méat, la douleur vive en urinant et le suintement d'un peu de matière puriforme par la pression dans le vagin, comme je l'ai dit, en sont les signes particuliers. — Enfin la blennorrhagie

se, qui a dû échapper à l'observation tant qu'on n'a pas fait usage du se fait remarquer par le peu de douleur qu'elle occasionne et par le absence de l'utérus des signes précédemment indiqués.

Les complications sont en général moins graves et moins fréquentes que chez l'homme. La *cystite* (survenant dans les cas d'uréthro-vaginite), l'*ophthalmie* et l'*arthrite* sont les seules qui leur soient communes. Celles qui sont propres à la femme sont la *folliculite* (Voy. VULVITE), la *métrite* aiguë du fait de l'inflammation aux ovaires, aux ligaments larges, au tissu de l'une ou l'autre fosse iliaque, et aux grandes lèvres, où il survient des *abcès*. Leur ouverture peut rester longtemps fistuleuse, comme les *abcès* suppurés chez l'homme. Quelquefois aussi l'écoulement de la matière et la malpropreté développent au niveau des grandes lèvres et à l'intérieur des cuisses une irritation *érythémateuse* ou *eczémateuse*, avec un écoulement de muco-pus fétide. Enfin on a signalé encore comme complications les perturbations du *flux menstruel*, l'*œdème* des grandes et des petites lèvres, et même leur *gangrène*. Quant à l'infection syphilitique, considérée comme la conséquence de la blennorrhagie, je n'ai qu'à renvoyer à ce que j'ai dit sur l'homme.

*Prognostic*. — Il est bien moins grave chez la femme que chez l'homme, en raison de la disposition anatomique des parties, de la facilité des traitements et du nombre bien plus restreint des complications.

**Blennorrhagie chronique ou blennorrhée.** — La blennorrhée ou gonorrhée chronique, appelée aussi *goutte militaire* chez l'homme, n'est caractérisée que par un écoulement ou plutôt un *suintement*, urétral chez l'homme et vaginal chez la femme, et qui est rarement continu. Ce suintement est épais, visqueux, opaque ou transparent, verdâtre ou incolore, et se sépare en *gouttelettes* si l'on comprime l'urètre chez l'homme d'arrière en avant sur le linge des *taches* comme empesées, analogues à celles de la *goutte urinaire* et souvent rouge foncé, violacé, livide.

Le diagnostic de la blennorrhée est simple et facile. Il n'en est pas de même chez la femme, une simple *leucorrhée* ne pouvant en être distinguée, et les granulations ou les érosions du col utérin pouvant exister dans les deux cas. Avec le suintement on peut constater, chez la femme, les signes d'une lésion concomitante : une prostatite. Lorsque, chez la femme, la blennorrhagie chronique n'est pas la suite de l'aiguë, on doit chercher à l'une des causes qui lui ont été assignées : à des *excitations* du canal de l'urètre, à l'*inflammation* de la prostate, à des *lésions* des glandes séminales, et, avec un point de doute, au vice scrofuleux, à l'écoulement lymphatique, à l'habitation d'un lieu humide.

La blennorrhée est d'ailleurs sans gravité, mais elle tend à se perpétuer, si on ne la traite pas efficacement.

**PROPTOSE.** — Voy. PAUPIÈRES.

(Persistance du trou de). — Voy. COMMUNICATIONS MORBIDES.

**CÉPHALE.** — Voy. ENTOZOAIRE (intestinaux).

**F.** — Dans la cavité buccale s'exécutent différentes fonctions qui sont propres à l'esprit, lorsque l'on y soupçonne ou constate des phénomènes quelconques. Ces phénomènes portent sur la *respiration*, qui a lieu exclusivement ou uniquement par les fosses nasales ; sur la *digestion*, qui est le premier temps de la digestion ; sur la *gustation*, et sur la *prononciation* ou articulation des mots.

Les *maladies de la bouche* constituent des lésions locales, qui se ratta-

chent ou non à un état général plus ou moins grave de l'économie. Elles comprennent : la STOMATORRHAGIE, ou hémorrhagie buccale; les différentes espèces de STOMATITE (simple ou érythémateuse, mercurielle, pseudo-membraneuse, ulcéreuse, gangréneuse); la GLOSSITE; le MUGUET. Il faut y joindre le travail de la DENTITION, lorsqu'il donne lieu à des accidents pathologiques du flux salivaire qui constitue la SALIVATION ou sialorrhée.

2° Ces affections diverses, comme lésions locales ou comme manifestation de maladies éloignées ou générales, donnent lieu à des *symptômes* ou *signes* variés, dans la recherche desquels il ne faut pas perdre de vue les fonctions de la bouche, que j'ai rappelées plus haut.

La *douleur*, qui est souvent le premier indice de l'affection buccale que le malade accuse, peut être spontanée; mais aussi elle peut être provoquée ou augmentée par le passage de l'air dans la cavité buccale, ou bien par la mastication, ou encore par l'articulation des mots, sans que l'on puisse toujours attribuer ces variétés de la douleur provoquée comme des signes répondant à des lésions buccales bien particulières. L'*haleine* est fétide avec la plupart des lésions buccales. Les malades sentent des *savours particuliers* dans certaines affections et dans les empoisonnements (*Voy. GOUT*). Il semblerait d'abord que la *respiration* ne puisse pas éprouver de trouble prononcé par suite de lésions intra-buccales; mais il n'en est pas ainsi, car la base de la langue est parfois assez tuméfiée pour produire une *suffocation* véritable, et même l'*asphyxie* par la *mastication* peut être difficile dans un grand nombre d'affections de la bouche, mais il faut se rappeler que la cause de la difficulté peut résider dans les muscles masticateurs, principalement dans les masséters et les temporaux, ou dans l'articulation temporo-maxillaire. Ordinairement il existe alors, au niveau de ces derniers organes, une douleur qui met sur la voie du véritable siège anatomique des accidents. Quant à la difficulté de la *phonation* que peut déterminer les affections localisées dans la bouche, elle a des causes diverses, soit au niveau de la langue elle-même, soit dans d'autres parties de la bouche (*Voy. PRONONCIATION*). La *sécheresse de la bouche* a une certaine valeur comme signe de *dyspepsie* (Chomel) et surtout de *polyurie*. La sécrétion plus ou moins abondante d'une *salive* filante, s'écoulant hors de la bouche, est liée quelquefois à une lésion buccale, mais elle peut dépendre aussi de diverses paralysies, avec intégrité de l'intérieur de la bouche, qui seulement reste baignée. Lorsque l'excrétion salivaire est provoquée par une lésion locale, il est évident qu'elle ne soit pas volontairement retardée et que le liquide salivaire ne soit pas mélangé ou de stries sanglantes, ou de pus, ou de fausses membranes ou de débris organiques divers. Parfois il s'écoule du sang presque pur.

3° Quoi qu'il en soit, l'*exploration* de la cavité buccale et des excréments dont je viens de parler constitue la source la plus précieuse du diagnostic des affections qui y siègent. On peut, en effet, voir toutes les parties de cette cavité et en constater les lésions à la partie interne des lèvres et des joues, au niveau des gencives, du palais, de la langue, et y constater les plus simples changements d'aspect, de couleur, de volume. Mais, par suite de la tuméfaction douloureuse des parties malades, cette inspection n'est pas toujours aussi facile sur l'homme sain. Si, en écartant avec précaution les lèvres et les joues des arcades dentaires à l'aide d'un manche de cuiller, il est aisé de constater l'état de la muqueuse gingivale et de celle des joues ou des lèvres, il est parfois impossible de faire suffisamment écarter les arcades dentaires l'une de l'autre pour faire l'inspection des parties centrales. En pareil cas, le moyen qui m'a paru le plus simple et le plus doux, pour augmenter l'écartement des mâchoires,



l'emploi d'un bouchon évidé en coin et que l'on glisse entre les dents. Le manche de cuiller permet ensuite d'abaisser, de relever ou d'écarter la langue dans tous les sens pour une exploration suffisante. On a imaginé plusieurs instruments ou *speculums*, qui ont aussi pour but de maintenir les mâchoires écartées. Ceux de Levret, de Caqué (de Reims) et de Perret sont les plus connus; mais il me suffit de les indiquer, leur usage n'ayant pas été admis dans la pratique. L'inspection n'a pas seulement une grande valeur pour le diagnostic des affections locales, mais encore pour certaines maladies générales, en tête desquelles il faut placer les *fièvres éruptives*, dont l'éruption se manifeste quelquefois à la voûte palatine et sur le voile du palais, avant de paraître à la peau, comme on le constate pour les éruptions varicelleuses. — La *palpation*, c'est-à-dire l'introduction du doigt dans la cavité buccale, est au besoin un auxiliaire utile de l'inspection. Enfin les liquides ou les exsudats fournis par la bouche peuvent être examinés au *microscope*, qui, dans quelques circonstances, tranche seul la question diagnostique, dans les cas douteux de muguet, par exemple.

**BOUFFÉES DE CHALEUR.** — Voy. CONGESTIONS.

**BOULIMIE.** — Voy. FAIM.

**BOURDONNEMENTS.** — On a donné le nom de bourdonnements à des bruits anormaux d'auscultation bien différents, perçus tantôt par le malade lui-même, et tantôt par le médecin.

Dans le cas de bourdonnements perçus par le malade, ils constituent des bruits parfois très-incommodes pour l'individu qui les éprouve, et qui sont dus à une affection localisée dans les organes auditifs, ou bien à une maladie dans laquelle les bourdonnements semblent être l'effet d'une *congestion* vers la tête. On les constate dans la plupart des affections cérébrales, dans les fièvres graves, et principalement au début de la fièvre typhoïde de nos contrées, dans la pléthore, dans les anémies avec ou sans intoxication, dans les accès non convulsifs d'hystérie, dans la goutte, etc. Les bourdonnements peuvent alterner avec des sifflements ou des tintements d'oreille.

L'auscultation fait percevoir, chez les individus à voix très-grave, un bourdonnement thoracique pendant l'exercice de la parole. Mais, outre ce phénomène physiologique, il existe certains bourdonnements considérés comme des signes morbides plus ou moins importants. Tel est le bruit dénommé *bourdonnement amphorique*, pour exprimer le bruit confus que produit, au niveau du côté malade, la voix de certains malades atteints de pneumo-thorax; tel est encore le bourdonnement considéré par Collingues comme un des principaux signes de la DYNAMOSCOPIE (Voy. ce mot; AMPHORQUES [Phénomènes] et VOIX THORACIQUE).

**BOUTON D'ALEP** (de Biskra, etc.). — Décrite d'abord comme propre à la Syrie, cette maladie cutanée a été observée comme endémique dans beaucoup d'autres contrées, en Perse, en Egypte (bouton du Nil), dans les Indes (à Delhi, Bombay) et en Algérie, où elle a été décrite sous la dénomination de bouton de Biskra. Le Roy de Méricourt, à qui l'on doit le travail le plus récent sur le bouton d'Alep (*Diction. encyclop. des sc. méd.*, 1869), n'hésite pas, avec raison, à assimiler à cette affection le bouton de Biskra, qui n'en diffère que par des caractères secondaires de forme et de durée, ne suffisant nullement pour en faire une maladie à part. Des nombreux travaux publiés sur ce sujet depuis un siècle, je me contente de rappeler ceux de Guilhou (*Thèse*, Montp., 1833), Villemain (1854), ceux des médecins militaires français qui ont observé en Afrique aux environs de Biskra et dans la zone des Zibans, Poggioli, Cabane, Beylot, Cas-



taing, Massip, E. Bertherand, Guyon, Sonrier, Masnou, H. Hamel, etc., et enfin les Mémoires des médecins étrangers, et notamment des médecins anglais dans l'Inde. Malgré ces importantes publications, l'étiologie de cette singulière maladie est restée fort obscure jusqu'à présent. Le Roy de Méricourt, dont l'excellent article me fournira les principaux matériaux de celui-ci, signale le bouton d'Alep comme sujet à récidiver, contrairement à l'opinion reçue que cette maladie n'attaquait qu'une seule fois le même individu. Voyons d'abord sur quels éléments d'observation peut se baser le diagnostic.

1° *Eléments diagnostiques.* — Tous les observateurs divisent la maladie en trois périodes : 1° de formation ou de tuméfaction ; 2° d'ulcération ; 3° de réparation ou de cicatrisation. — Un *prurit* plus ou moins prolongé dans le point qui doit être le siège de la lésion, puis une *nodosité* arrondie, du volume d'un pois, se sentant au toucher dans l'épaisseur de la peau, tels sont les signes de la première période du bouton d'Alep. La nodosité met plusieurs mois à doubler, tripler de volume ; elle finit par former une saillie plus colorée, avec cercle rougeâtre, au niveau de laquelle l'épiderme se fendille et se desquame en lamelles circulaires. — Du quatrième au cinquième mois commence la période de ramollissement : une *vésicule*, d'abord visible à la loupe, s'agrandit et fournit une *sérosité limpide* dont la coagulation forme une *croûte* de plus en plus consistante, plus ou moins adhérente, sous laquelle existe un *ulcère à bords taillés à pic* inégaux et frangés, et à fond inégal, mamelonné, grisâtre par place et d'un diamètre de 4 à 7 centimètres (ordinairement 2 à 5). Le liquide sécrété est séreux ou séro-purulent, parfois d'une odeur repoussante, *sui generis*. Une *auréole rouge* entoure cette lésion, qui cause assez peu de douleur. — Après un temps variable, les *bords de l'ulcère s'affaissent*, l'auréole rouge pâlit, et des *granulations* de bonne nature s'élèvent plus ou moins saillantes, qui se recouvrent peu à peu d'une pellicule blanchâtre. Pendant ce temps, la croûte tombe et se reproduit plusieurs fois, et enfin elle découvre une *cicatrice* plus ou moins régulière, indélébile, unie ou foncée, blanche ou teintée par un dépôt anormal de matière pigmentaire. La *sensibilité*, qui était d'abord très-obtuse sur les bords de l'ulcère, ne reparait dans le tissu cicatriciel qu'avec une extrême lenteur. L'évolution entière du bouton d'Alep est très-lente, puisqu'elle dure environ un an, ou du moins plusieurs mois.

2° *Inductions diagnostiques.* — Comme le fait remarquer Le Roy de Méricourt, cette affection n'a pas d'élément anatomo-pathologique particulier qui puisse la faire reconnaître du premier coup. « Pendant la première période, si on ne tient pas compte de l'endémicité régnante dans la localité, on peut croire aussi bien au début d'un *furuncle*, d'un *anthrax* ; mais la longueur de l'évolution, la forme arrondie de la tumeur ne tardent pas à lever tous les doutes. Plus tard, à la période ulcéreuse, on peut prendre le bouton recouvert de croûte pour le *rupia syphilitique*, pour l'*ecthyma*, pour le *lupus* scrofuleux ou syphilitique. Ce n'est donc que par une observation attentive, en tenant compte des commémoratifs, de l'état général, des conditions de milieu, de la marche et de l'évolution du bouton, qu'on pourra asseoir un diagnostic précis et éviter de faire confusion avec un grand nombre d'autres affections de la peau, maladies d'ailleurs si fréquentes dans les pays chauds. » Parmi ces maladies, il en est une beaucoup plus grave que le bouton d'Alep, avec lequel elle offre quelques analogies ; c'est le *frambæsia* ou *pian*. Mais le pian est contagieux et inoculable, caractères importants qui font défaut à la maladie que nous étudions.

On n'oubliera pas que le *siège* le plus habituel de l'affection est au visage, à la face externe des membres, au voisinage des articulations, et que le diagnostic

ne suivant le *degré* de l'évolution auquel la lésion locale est arrivée (tubercule, ération, cicatrisation). — C'est de ces degrés différents que dérivent principalement les *formes* ou variétés du bouton d'Alep, formes qui ont été prises à t, dans certaines contrées, pour des affections différentes, comme pour le bouton de Biskra. Dans la forme *ulcéreuse*, la lésion est arrondie lorsqu'il n'y a un seul bouton, cas le plus ordinaire; mais il peut s'en développer deux ou trois qui, se confondant, forment un ulcère à contours irréguliers. De plus, l'ulcère, au lieu d'être profond et taillé à pic, offre des excroissances ou végétations que l'on a comparées à une framboise (Poggioli, Massip, Weill, Sonrier, etc.). À côté de la forme ulcéreuse, on en rencontre une autre qu'on peut appeler *croûteuse*, et qui a été observée en Algérie aussi bien qu'en Syrie. Elle est caractérisée par le renouvellement plusieurs fois répété de la croûte, sèche ou adhérente, et plus ou moins épaisse. Cette forme est plus fréquente et à marche plus lente que la forme ulcéreuse (Masnou).

3° *Pronostic*. — Le bouton d'Alep n'est jamais grave par lui-même. Mais chez les sujets profondément débilités, ou les scrofuleux, il aggrave leur situation, en même temps que sa période ulcéreuse est beaucoup plus accusée. De plus, ses cicatrices peuvent être gênantes ou difformes.

**BRIGHT (Maladie de).** — On doit considérer, avec Becquerel, la maladie de Bright comme caractérisée par une lésion passagère ou permanente des reins, capable de déterminer le passage d'une notable quantité de l'albumine du sang dans les urines, et de produire consécutivement des hydropisies. Les articles ALBUMINE, ALBUMINURIE, ANASARQUE, servent en quelque sorte d'introduction à celui-ci, et le complètent. Je ne ferai donc, dans cet exposé du diagnostic, m'indiquer beaucoup de particularités qui se trouvent plus développées aux articles que je viens de rappeler.

1° *Éléments du diagnostic*. — La présence de l'albumine dans l'urine est le signe principal, mais non un signe pathognomonique de la maladie de Bright, à moins qu'il ne s'y joigne l'anasarque ou la présence, dans l'urine, de l'élément microscopique des tubuli des reins, ou des cylindres fibrineux d'exsudation dont j'ai déjà parlé à propos de l'albuminurie (p. 33). En dehors de ces deux éléments du diagnostic, albuminurie, anasarque, produits microscopiques pulsés des canalicules des reins, les autres signes de la maladie de Bright ne sont plus que des signes accessoires.

Cependant ces signes secondaires ont aussi leur importance, lorsque plusieurs se trouvent réunis aux précédents. Tels sont, dans la forme aiguë, les phénomènes *fébriles*, la *douleur* rénale ou lombaire, soit spontanée, soit provoquée par la pression ou la percussion, et en dehors de l'albuminurie, les signes fournis par l'*urine*. Elle est rare ou peu abondante dans cette forme aiguë, elle est émise avec ou sans douleur, d'abord rougeâtre, d'un brun foncé, jaunâtre, puis de couleur naturelle, louche, trouble, mousseuse à l'insufflation, toujours acide, d'une odeur de bouillon de bœuf au bout de vingt-quatre heures, elle montre au microscope, entre autres éléments, des globules sanguins avec des cylindres ou les gaines rappelés plus haut.

Dans la forme chronique de la maladie de Bright, il y a absence complète de fièvre, très-rarement douleur lombaire; les urines sont ordinairement pâles, d'une densité moindre, anémiques, parfois louches ou troubles, d'une odeur de. et plus mousseuses à l'insufflation que dans la forme aiguë. Pendant un temps plus ou moins long, l'albuminurie est assez souvent l'unique signe de la maladie; et l'anasarque, qui est si fréquemment le premier élément du diagnostic qui attire l'attention, ne se montrerait, selon les observateurs qui regardent

la présence de l'albumine dans l'urine comme un signe pathognomonique de la maladie de Bright, qu'à une époque assez avancée; mais cette interprétation des faits n'est pas toujours juste. Enfin les troubles *amaurotiques* de la vision et l'*éclampsie* sont aussi des signes indirects de la maladie dans certains cas.

2° *Inductions diagnostiques.* — Parmi les données utiles au diagnostic que je viens de rappeler rapidement, il en est une, ai-je dit à propos de l'albuminurie, qui, jointe à la présence de l'albumine dans l'urine, caractérise principalement la maladie de Bright. C'est l'œdème, ou plutôt l'anasarque. Quant à la présence, dans le dépôt urinaire, des produits microscopiques provenant des canalicules des reins, elle est un signe pathognomonique d'une lésion brightique; mais pour qu'elle ait cette valeur, il faut qu'il n'y ait pas de doutes sur la nature de ses produits. Suivant Lehmann, il y aurait trois espèces de corps cylindriques microscopiques provenant des tubes urinifères : 1° la *gaine épithéliale* même des tubes de Bellini, composée des cellules avec leurs noyaux ; 2° des *exsudations granuleuses*, avec des globules de sang ou de pus ; 3° des *tubes fibrineux* d'une extrême transparence. Il ne faut attacher aucune valeur à des cellules épithéliales isolées, qui peuvent être fournies par les conduits urinaires (Voy. ALBUMINURIE, p. 33). Si l'on en croit Becquerel, les gaines épithéliales caractéristiques ne se rencontreraient que dans la sixième partie des cas, (Lésions de la maladie de Bright, *Arch. gén. de méd.*, 1855). Mais il est évident qu'il ne s'agit pas seulement ici de la maladie de Bright, mais de l'albuminurie en général.

Les qualités de l'urine autres que celles dont il vient d'être parlé n'ont, ai-je dit, qu'une importance secondaire dans le diagnostic ; et je dois répéter qu'il en est de même de la plupart des autres signes, notamment de ceux fournis par l'analyse du sang, dont le caillot *couenneux*, et le sérum parfois *lactescent* (éléments gras), ont été donnés comme signes de la maladie.

Parmi les phénomènes symptomatiques, l'*amaurose* a cependant une importance réelle. Elle peut, en effet, être un trait de lumière qui, en l'absence de l'anasarque, dirige l'attention du médecin vers les urines, dans lesquelles il peut trouver de l'albumine, et en conclure, en tenant compte de l'ensemble des autres signes observés, à l'existence de la maladie de Bright. Malheureusement l'*amaurose* n'est pas un signe constant, ni même un signe aussi fréquent que l'a pensé Landouzy d'après un petit nombre de faits (Voy. AMAUROSE, p. 43). Je rappellerai plus loin qu'un autre ordre de phénomènes nerveux survenant comme complication, les *convulsions éclaptiques* mettent aussi quelquefois sur la voie du diagnostic d'une maladie de Bright jusqu'alors latente ou non constatée.

La *marche* de la maladie de Bright fournit également des données très-utiles pour distinguer la forme aiguë et chronique. La première peut être très-rapide; ne durer que deux à quatre septénaires; elle se termine ordinairement par la guérison. La forme chronique survient d'emblée ou succède à la précédente; ici la marche lente et la longue durée de l'*albuminurie* suffit seule, indépendamment des autres symptômes, pour faire admettre qu'il y a lésion des reins, et par conséquent maladie de Bright chronique.

Les éléments *étiologiques* ont également une certaine valeur diagnostique, mais qui est subordonnée aux signes fondamentaux de la maladie de Bright, et par conséquent secondaire. Que ces signes fondamentaux apparaissent au cours ou à la suite d'une *scarlatine*, ce qui est le plus ordinaire, ou d'une autre maladie aiguë, qu'ils surviennent lentement ou très-rapidement à la suite de l'*action du*

ormulant les six formes anatomiques de la lésion des reins, Rayer fait  
uer que l'abondance de l'albumine contenue dans l'urine n'est pas en  
avec la plus ou moins grande gravité de l'affection, et la plus ou moins  
profondeur de l'altération organique. Pour certains auteurs, au contraire,  
ait un rapport régulier entre la sécrétion quantitative de l'albumine et la  
de la maladie (Osborne, Martin-Solon), tandis que, pour Christison, il  
a un rapport inverse. Or, ces opinions contradictoires semblent donner  
à Rayer. Cependant il est possible de distinguer par l'examen des urines,  
ré aux autres symptômes, d'abord si l'on a affaire à une lésion acciden-  
passagère des reins, c'est-à-dire à une hyperémie avec ou sans desqua-  
des tubes de Bellini (les deux premières formes anatomiques de Rayer),  
à des lésions plus profondes (l'une des quatre dernières formes de  
. On admet qu'il y a simple hyperémie dans la maladie de Bright aiguë, et  
sion permanente plus grave lorsque la maladie est chronique. Mais l'hyper-  
d'après les signes observés pendant la vie, ne me paraît pas aussi facile  
ir que l'ont avancé Becquerel et Vernois (*Moniteur des hôpitaux*, 1856).  
eux, toute albuminurie temporaire est le signe d'une congestion rénale ;  
est évidemment poser en principe ce qui est à démontrer. En disant que,  
hyperémie des reins, résultent : 1<sup>o</sup> l'albuminurie comme seul phénomène  
de, 2<sup>o</sup> l'albuminurie et l'hydropisie (anasarque) simultanément, 3<sup>o</sup> l'hydro-  
seule comme signe consécutif, ces excellents observateurs donnent une  
ation ingénieuse des faits à leur propre point de vue, mais ils ne démon-  
pas en réalité qu'il y a hyperémie rénale dans *tous les cas* d'albuminurie  
ère. Ce qui est jusqu'à présent généralement admis, c'est qu'il en est  
ainsi dans la majorité des faits, mais non dans tous.

. Ollivier, à la suite d'expériences sur les animaux, auxquels il a fait absor-  
s préparations de plomb, a constaté des lésions rénales, l'état albumi-  
de l'urine, et la présence du plomb dans ce liquide. Il a été amené ainsi  
à rechercher l'albuminurie chez les individus intoxiqués par le plomb, et il l'a



la conséquence de la perte de l'albumine par les urines, d'où résultent la déalbuminisation du sang et des modifications fondamentales dans la composition de ce liquide.

Andral a expliqué les hydropisies par la diminution de l'albumine du sang. Cette opinion est justifiée par la fréquence, on pourrait presque dire la constance de l'anasarque dans la maladie de Bright, dans laquelle les pertes de l'albumine du sang par les urines sont parfois si considérables. Le même fait de la diminution de l'albumine du sang explique aussi le développement d'hydropisies internes qui, pour être plus rares que l'anasarque, n'en constituent pas moins un ensemble de complications qu'il ne faut pas perdre de vue dans le diagnostic de cette maladie. Bright a signalé, dès 1827, la *pleurésie*, et plus rarement la *péricardite*, la *péritonite* et l'*œdème de la glotte*, l'*hypertrophie du cœur gauche* (Auguste Ollivier, *Compt. rend. des séances de la Soc. de biol.*, 1864), comme des complications qu'il est d'autant plus nécessaire de rechercher par une exploration attentive, que leur marche est insidieuse ou latente. On a observé depuis, assez fréquemment, des *pneumonies*, des *hydro-thorax*, des *hydro-péricardes*, etc., soit chroniques, soit aigus, comme on en voit survenir dans l'albuminurie scarlatineuse (*Voy. SCARLATINE*). J'ai vu trois fois la *péritonite* suraiguë ou chronique venir compliquer la maladie de Bright (*Soc. des hôpit. et Union méd.*, 1865), à titre de maladie inflammatoire.

Les complications qui surviennent vers l'appareil nerveux, et qui constituent en grande partie les accidents désignés sous le nom d'*urémie*, ont au moins autant d'importance que les hydropisies. Devilliers fils et Regnaud, dans leur *Mémoire sur l'hydropisie des femmes enceintes* (*Arch. de méd.*, 1848, t. XVII), ont comparé avec raison ces accidents nerveux à ceux de l'anémie. Il est positif que certaines *paralysies partielles*, que l'affaiblissement de la vue, celui de l'ouïe (Simpson), l'amaurose, etc., se rencontrent dans l'anémie, comme dans l'albuminurie, et que l'anémie est fréquemment la conséquence de l'albuminurie chronique ; mais les accidents cérébraux que l'on a compris sous la dénomination d'*encéphalopathie albuminurique* présentent des caractères particuliers.

Ces accidents cérébraux, signalés déjà par Bright comme très-fréquents, et au contraire comme rares par d'autres observateurs, ont été étudiés avec soin, chez l'adulte, par le docteur Addison, en 1839, et dans l'enfance par Rilliet, en 1858 (*Rec. de la Soc. méd. de Genève*). Un certain nombre d'observations particulières ont été en outre publiées, dans différents recueils, par plusieurs observateurs, et, entre autres, par le professeur Forget (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855). Suivant Addison, dont le docteur Lasèque a résumé les travaux dans les *Archives de médecine* (1852, t. XXX, p. 129), les troubles cérébraux, *coma*, *convulsions*, *délire*, *troubles des sens*, peuvent se présenter au praticien sous les cinq formes suivantes :

a. — Attaque plus ou moins soudaine de *stupeur passagère*, intermittente ou permanente, avec pâleur du visage, pouls calme, pupille normale, et se terminant par la mort ;

b. — Attaque subite de *coma*, avec *sterteur* transitoire ou durable, qui n'a pas le son guttural, rauque, nasillard de la sterteur de l'apoplexie, mais qui est plus sifflante ;

c. — *Convulsions subites* par accès assez rares ou très-rapprochés, avec pâleur et rougeur alternatives du visage, et se terminant par la mort ;

d. — Combinaison des deux formes précédentes (*état comateux et attaques convulsives*) ;

e. — *Hébétéude* de l'esprit, *lenteur* et  *paresse* à se mouvoir, *somnolence* précédée par des *vertiges*, diminution de la *vue*, *céphalalgie* suivie ou non de coma et de convulsions.

Ces phénomènes cérébraux se succèdent lentement ou bien débütent avec une certaine intensité. Dans le premier cas, ils peuvent être légers et passer inaperçus à un examen superficiel ; lorsqu'ils sont plus graves et qu'ils augmentent sensiblement, ils ne tiennent pas, comme l'a dit Frérichs, à la présence de l'urée dans le sang (*Voy. URÉMIE*).

Dans l'enfance, suivant Riiliet, les accidents encéphalopathiques se développent ordinairement deux à quatre semaines après l'apparition de l'anasarque, quelquefois en même temps et plus rarement auparavant. Le début est marqué par une *violente céphalalgie* sus et sous-orbitaire, avec ou sans *vomissements*, quelquefois *agitation*, loquacité ou, au contraire, *assoupissement* ; puis, au bout de quelques heures, ou d'un ou deux jours, survient une attaque d'*amaurose* ou un accès d'*éclampsie*, qui constitue le caractère essentiel et pathognomonique de la maladie. Les convulsions se répètent plusieurs fois, et sont suivies d'une *paralysie momentanée* ou d'une *ataxie* intense, permanente ou temporaire ; il y a *dilatation des pupilles*, *congestion* vers la tête. Peu à peu tous les troubles nerveux se dissipent, et, s'ils dépassent vingt-quatre heures, ils peuvent durer jusqu'à sept jours. Sur douze malades, Riiliet a constaté dix guérisons.

L'*éclampsie*, comprise dans l'encéphalopathie dont il vient d'être question, est une complication isolée assez fréquente de la maladie de Bright des femmes enceintes ou en couches, pour que, dans ces conditions, l'on doive toujours en redouter l'explosion, qui est souvent fatale (*Voy. ÉCLAMPSIE*).

3° *Pronostic*. — La maladie de Bright a un pronostic variable, et d'abord suivant l'acuité ou la chronicité de l'affection. Il est plus favorable, en effet, dans le cas d'acuité, lorsqu'elle ne passe pas à l'état chronique, et fatalement grave dans le second. L'examen des urines et la marche de l'infiltration œdémateuse ou des épanchements séreux méritent une attention particulière. Le pronostic est fâcheux, en général, lorsque l'anasarque devient de plus en plus considérable ; lorsque l'urine est incolore, d'une très-minime densité, 1006 par exemple, qu'en même temps elle renferme beaucoup d'albumine, qu'elle fournit une mousse abondante par l'insufflation, et donne peu de précipité (sels) par l'acide oxalique. Le pronostic est favorable, au contraire, lorsque l'anasarque diminue ou se limite aux extrémités inférieures ; lorsque l'urine a peu perdu de ses propriétés chimiques ou physiques ; si le précipité albumineux, diminuant graduellement, acquiert une teinte rosée ; si l'urine mousse moins par l'insufflation, et reprend sa couleur normale ; et enfin si l'acide oxalique donne un précipité de plus en plus abondant. Les complications ajoutent à la maladie une gravité qui est en raison de la nature de ces accidents ; les plus redoutables sont les complications du côté des centres nerveux. L'éclampsie en particulier est à craindre chez les femmes grosses ou en couches. Il résulte de ces différentes conditions que l'on doit être en général très-réservé pour formuler le pronostic de la maladie de Bright.

**BRONCHES.** — *Voy. RESPIRATOIRES (Voies).*

**BRONCHIQUES** (Phénomènes). — Les bruits bronchiques, perçus par l'auscultation, consistent en un *souffle* respiratoire qui se produit dans des tuyaux aériens ou bronches (*respiration bronchique*), en un retentissement exagéré de la *voix* qui semble se passer sous l'oreille (*bronchophonie*), et en un retentissement analogue de la *toux*. Ces phénomènes semblent se passer et

se passent en effet dans des cavités moins vastes que pour les phénomènes analogues dits CAVERNEUX, et, à plus forte raison, moins vastes que pour les phénomènes AMPHORIQUES dans la plupart des cas.

Les conditions pathologiques des bruits bronchiques diffèrent de celles qui donnent lieu aux bruits caverneux ou amphoriques, en ce que c'est toujours dans les *cavités naturelles* des voies aériennes, et non dans des cavités accidentelles (cavernes, cavité séreuse envahie par l'air), qu'ils se produisent. Toute lésion qui rend imperméables à l'air les extrémités des divisions des conduits aérifères, supprime le murmure vésiculaire normal et fait apparaître les phénomènes bronchiques. Tantôt il y a compression du tissu pulmonaire par pleurétique (épanchement pleurétique, tumeur intra-thoracique) et tantôt condensation du poumon, avec perméabilité complète des seuls conduits bronchiques dans les parties où se produisent les bruits (*pneumonie, tubercules, congestion pulmonaire*, etc.). Les bruits bronchiques ont une intensité qui n'est pas toujours en rapport avec le calibre des tuyaux aériens; ils peuvent se transformer, chez le même malade, en bruits caverneux et même amphoriques, dans les conditions où ces bruits ne se produisent pas dans des cavernes pulmonaires ou dans la plèvre. Nous renvoyons, pour ces conditions, aux mots AMPHORIQUES et CAVERNEUX (Phénomènes), et, comme à un complément de cet article, aux mots SOUFFLES et VOIX THORACIQUE.

**BRONCHIQUES** (Ganglions). Les ganglions qui occupent la racine des bronches augmentent assez souvent de volume chez l'enfant, exceptionnellement chez l'adulte, surtout par le fait de leur tuberculisation. Bien plus rarement, la lésion est une hypertrophie inconnue dans sa nature (*Voy. CACHEXIE LYMPHATIQUE*), ou une hypertrophie avec infiltration de corpuscules pigmentaires comme j'en ai recueilli un exemple chez un homme adulte.

La compression que ces tumeurs exercent sur les conduits aériens produit de la *dyspnée*, avec faiblesse du *bruit respiratoire* à l'auscultation; de l'*aphonie* (Briau et Gleize), et des accès de *suffocation* qui finissent par être mortels, ce qui est le plus ordinaire. Suivant Barthez et Rilliet (*Traité des mal. des enf.*, t. II, p. 637), la transmission, à l'oreille de l'observateur, des bruits caverneux de la trachée ou des grosses bronches, par les ganglions, fait croire quelquefois à l'existence d'une cavité pulmonaire qui n'existe pas. Dans un fait de ramollissement, l'abcès ouvert dans les voies aériennes a occasionné rapidement la mort par asphyxie, chez un enfant (G. Edwards, *Méd. chir. Transactions*, t. XXXVI). Une autre fois, l'abcès, ouvert dans le médiastin et dans les bronches, a produit un EMPHYSEME SOUS-CUTANÉ; et l'on a vu aussi une hémorrhagie mortelle à la conséquence des progrès ulcératifs de l'abcès vers les vaisseaux du médiastin. Enfin l'OBLITÉRATION de la veine cave supérieure est résultée de la simple compression exercée sur ce vaisseau par les tumeurs ganglionnaires.

Le diagnostic des tumeurs ganglionnaires bronchiques, en présence des manifestations variées auxquelles elles donnent lieu, ne peut s'établir que par exclusion (*Voy. ASPHYXIE, DYSPNÉE, TUMEURS intra-thoraciques*).

**BRONCHITES.** — On n'a pas encore établi une distinction clinique sûre entre les véritables bronchites et les simples congestions pulmonaires. Ce ressort de l'examen des faits, au point de vue des lésions que l'on a considérées comme caractéristiques d'une inflammation de la membrane interne des bronches et qui souvent ne dénotent qu'une simple hypérémie. Nous nous contentons de signaler cette confusion, sur laquelle nous aurons à revenir. Elle justifie Laennec d'avoir préféré la dénomination de *catarrhe pulmonaire* à celle de bronchite.

ne ne préjugant pas la nature de la maladie (*Traité d'auscult.*, 3<sup>e</sup> édit., p. 126). Seulement le mot catarrhe ne représentant qu'un seul symptôme, l'absence des mucosités, nous adoptons, avec les pathologistes modernes, l'expression de bronchite, en lui donnant toutefois un sens plus restreint qu'on lui fait généralement.

Le diagnostic de la bronchite doit être considéré à part, suivant qu'elle est *aiguë*, *chronique* ou *pseudo-membraneuse*.

**Bronchite aiguë.** — Le diagnostic de la bronchite aiguë est complexe, à cause des différences que présente la physionomie de la maladie.

**Éléments du diagnostic.** — Les phénomènes séméiologiques, sur lesquels on a basé en général pour admettre l'existence de la bronchite aiguë, sont principalement : une *toux* plus ou moins fréquente; l'*expectoration* de mucosités ordinairement ténues, transparentes vers le début, puis, plus ou moins épaisses, d'un jaune verdâtre; une *dyspnée* d'intensité très-variable, avec des *râles sous-crépitaux* plus ou moins humides, à bulles plus ou moins nombreuses, mêlées ou non de *râles sonores*, et occupant la *base des poumons en arrière*. Ces différents signes, avec ou sans fièvre, et qui durent qu'une durée limitée, une à deux ou trois semaines environ, à moins que la bronchite ne passe à l'état chronique, se rapportent à trois formes différentes de la maladie, dont je dois rappeler brièvement les caractères.

La bronchite localisée dans les *grosses bronches* d'origine est à peu près catarrhale; elle constitue le *rhume* vulgaire. Elle est le plus souvent précédée d'un coryza; la toux est provoquée par des *titillations* vers le haut du sternum, accompagnée quelquefois d'un léger enrouement; l'expectoration se compose de crachats d'abord incolores et filants, puis devenant nacrés les jours suivants, et enfin d'un jaune verdâtre, et plus ou moins opaques. Il n'existe pas de râle sous-crépitant à la base des poumons en arrière.

Dans la bronchite plus profonde, dite *capillaire*, les données du diagnostic varient suivant l'étendue de l'inflammation, représentée par celle des râles humides, et par l'intensité plus ou moins grande de l'état fébrile.

La bronchite fébrile capillaire, lorsqu'elle est *peu étendue*, débute par des signes d'inflammation légère dans les fosses nasales, le pharynx et le larynx, où elle se manifeste immédiatement du côté des bronches. Une *fièvre* plus ou moins intense, une *douleur sous-sternale*, de la *dyspnée*, une *toux* d'abord accompagnée d'un sentiment de déchirement dans le thorax, souvent quinteuse, avec douleurs musculaires vers les attaches du diaphragme, une *expectoration* qui suit les phases indiquées plus haut : tels sont les symptômes de cette forme fébrile de la bronchite. On constate, en outre, à la *percussion* : une sonorité qui n'est pas toujours normale, comme on l'a dit, mais qui est assez souvent exagérée ou tympanique, soit dans toute la poitrine, soit seulement au niveau des parties occupées par les râles perçus à l'*auscultation*. Ces râles sont *sifflants* ou *ronflants*, dans certains points, et *sous-crépitaux* plus ou moins humides. Ces derniers, les plus importants, occupent, comme je l'ai dit déjà, la base postéro-inférieure des deux côtés du thorax, dont ils envahissent le quart, la moitié de la hauteur; ils sont d'autant plus nombreux qu'ils sont plus inférieurs.

La bronchite capillaire plus ou moins généralisée, appelée autrefois *peripneumonia notha*, *catarrhe suffocant*, a été l'objet d'une monographie importante de Fauvel (*Mém. de la Soc. méd. d'observ.*, 1844, t. II, p. 433). Dans cette forme de bronchite, il y a exagération de tous les signes de la forme précédente, à laquelle elle succède le plus souvent, parfois en quelques heures. La douleur sous-sternale est déchirante au moment de la toux; la dyspnée est

extrême, la face pâle; les lèvres sont violacées; il survient, en un mot, des *tômes asphyxiques* résultant de l'obstruction des voies aériennes. La respiration est brève, saccadée comme les mouvements respiratoires; l'expectoration est difficile; les crachats sont compactes, ou mousseux et striés de sang; le râle crépitant, très-étendu, souvent généralisé en avant comme en arrière, est très-distinct et mélangé de râles sonores, tantôt obscur, en raison de la difficulté de la pénétration de l'air dans les bronches. Le pouls est très-fréquent, inégal, inégal; il y a de l'anxiété, de l'agitation et parfois du délire. Mon o-  
personnelle, que je n'ai pas à développer ici, est que la bronchite dite *cag* suffoquante ne doit pas être considérée comme une maladie particulière, les *dents asphyxiques* qui la caractérisent principalement pouvant provenir souvent de causes autres que la bronchite elle-même, de congestion exagée de mucosités généralisées.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsqu'au râle sous-crépitant localisé à la base des deux poumons, en arrière de la poitrine, s'ajoutent une douleur ou moins intense au niveau du sternum et une expectoration muqueuse, fièvre, il n'est pas possible de douter de l'existence d'une bronchite aiguë. (1) principalement sur l'existence du râle sous-crépitant que l'on formule son-  
gnostic. Laennec attribuait au siège du râle *des deux côtés de la poitrine* grande valeur comme signe de bronchite. Louis, en signalant la base postérieure des deux poumons comme étant les points plus particulièrement occupés par le râle, lui a donné une importance bien plus grande. Il résulte de ce siège habituel du râle sous-crépitant, en effet, que, si on le trouve plus prononcé au sommet qu'à la base des poumons, on doit craindre qu'il ne soit symptomatique de *tubercules pulmonaires*. Sa signification varie également si on le rencontre limité à un seul côté de la poitrine. Il peut révéler alors l'invasion ou la résolution d'une *pneumonie*, ou bien être le seul signe physique de cette maladie chez le vieillard, dépendre d'une *broncho-pneumonie* chez l'enfant, ou annoncer une *dilatation des bronches*.

Des râles sonores, ai-je dit, sont mélangés au râle sous-crépitant dans certains cas. Mais lorsqu'il n'existe que des râles sonores (sifflants, ronflants) dans une maladie aiguë, l'on ne saurait admettre, avec Beau, qu'il y a une bronchite aiguë particulière, caractérisée par ces râles. Dans la plupart des cas, il s'agit certainement alors que d'une *congestion pulmonaire*. Il en est de même au début de certaines bronchites, dans lesquelles l'apparition des râles humides est précédée de simples râles sonores : il n'y a encore qu'hypérémie dans cette dernière constance. Nous renvoyons sur ce point à l'article *CONGESTIONS*, en rappelant que, dans les maladies aiguës fébriles où se constatent les râles sonores, il peut y avoir de doutes sur l'existence de l'hypérémie à l'exclusion de la bronchite, lorsque, avec ces râles sonores, il n'y a ni *dyspnée*, ni *toux*, ni *expectoration*.

Les râles sous-crépitants des deux côtés de la poitrine restent donc les signes stéthoscopiques les plus importants de la bronchite. Les autres signes de la maladie, dont la valeur relative est réelle, ont cet avantage qu'ils conduisent à rechercher l'existence de ces râles. La douleur thoracique, la toux, la dyspnée, l'expectoration n'ont même de valeur, dans la bronchite, que lorsque l'on reconnaît qu'elles coïncident avec le râle sous-crépitant.

En l'absence de râles humides à la base postérieure des poumons, si la douleur avec titillations au niveau de la partie supérieure du sternum, et la toux plus ou moins forte et quinteuse, on se prononcera pour une *trachéo-bronchite*, tandis que l'étendue des râles, localisés ou généralisés dans la poitrine, p



d'établir que l'on a affaire à une bronchite capillaire locale ou généralisée. Les symptômes asphyxiques, dans cette dernière forme, lui donnent une physionomie particulière, très-différente de celle de la bronchite non généralisée. Ces phénomènes asphyxiques ne sauraient, par le fait de la généralisation des râles humides, être confondus avec les asphyxies natives dues à une tout autre cause (Voy. ASPHYXIES, p. 96).

Les accidents fournissent assez souvent au diagnostic des données utiles, en révélant la cause de la maladie, cause qui varie suivant que la bronchite est primitive ou secondaire. Primitive, elle s'est ordinairement développée à la suite de l'impression subite ou prolongée du froid, ou de l'inspiration d'air irritants ou de poussières (Voy. PROFESSIONS). Secondaire, la bronchite se développe dans des conditions pathologiques diverses qu'il est facile de préciser.

On recherche principalement dans le cas de bronchite dite capillaire qu'il est nécessaire d'apprécier si elle est primitive ou secondaire. La gravité de la forme locale, ou suffoquante, ne doit pas faire oublier que les accidents observés sont plus souvent que des phénomènes d'une autre maladie plus ou moins grave. La bronchite capillaire généralisée est, en effet, presque toujours symptomatique. Chez l'enfant, elle complique ordinairement les fièvres graves, principalement les fièvres éruptives; chez l'adulte, on la rencontre aussi dans les fièvres graves, dans la morve, mais le plus souvent dans le cours des anciennes affections pulmonaires ou des affections graves du cœur. Elle est, comme la pleurésie, une complication ultime chez les malades profondément débilités. C'est surtout lorsque la bronchite est secondaire, qu'elle est fréquemment couplée avec la congestion du poumon. Je me dispense de discuter son diagnostic différentiel, l'ayant fait à propos des maladies que l'on pouvait confondre avec elle (CONGESTIONS, PNEUMONIE, PHTHISIE aiguë).

Une fois la bronchite étant reconnue, l'étude des commémoratifs et l'examen du malade ont permis de déterminer en même temps la forme de la bronchite, sa localisation apparente de la lésion locale, son degré d'intensité, et enfin ses complications, s'il en existe. — Outre les trois formes que j'ai établies en commun, on en a admis d'assez nombreuses qui, en réalité, ont peu d'importance pour le rapport du diagnostic, puisque leurs caractères sont les mêmes que ceux de la bronchite simple. Telle est la bronchite *goutteuse*. Une variété plus grave est la bronchite observée dans la fièvre dite *catarrhale*, dans laquelle la congestion des muqueuses nasale, pharyngienne, intestinale et respiratoire est simultanément (Voy. GRIPPE). — Parmi les complications de la bronchite, on compte la pneumonie franche, qui peut compliquer les bronchites aiguës, mais c'est surtout la *pneumonie lobulaire* que l'on aura à redouter comme complication dans les bronchites de l'enfance. La *dilatation des bronches* est aussi à considérer comme une complication de la bronchite capillaire, car Fauvel a rencontré cette lésion très-étendue chez tous les enfants et adultes, qui avaient succombé dans le cours de cette affection; il a fait la nécropsie.

Prognostic. — C'est principalement sur l'étendue de la bronchite, sur l'intensité de la congestion pulmonaire concomitante, et sur l'ensemble des phénomènes généraux que se fonde le pronostic de la bronchite aiguë. Il est sans doute plus grave que la forme apyrétique. Il n'offre de danger, dans la bronchite fébrile, que lorsqu'elle est étendue, que lorsqu'elle survient à titre de complication dans une affection grave; l'effet funeste d'une bronchite, même peu étendue, est surtout sensible dans la *paralysie* ou l'*atrophie du diaphragme*. Lorsque la bron-

chite est généralisée jusqu'aux plus petites divisions bronchiques, elle est le souvent suivie de mort en quatre, six ou huit jours. J'ai recueilli un fait de raison dans lequel une bronchite de cette espèce avait été produite par l'inspiration de gaz acide nitreux dans un espace confiné. L'issue favorable qui eut s'accorde jusqu'à un certain point, dans ce fait, avec l'innocuité attribuée par Laennec aux bronchites occasionnées par des vapeurs irritantes et acides; seulement mon observation, dans laquelle la bronchite avait été des plus graves, exception à la règle générale qu'il a posée, à savoir : qu'en pareil cas, la mort est ordinairement légère.

**II. Bronchite chronique.** — La bronchite chronique est l'apanage à près exclusif de la vieillesse, et ses variétés peu importantes ont été principalement désignées par les anciens sous la dénomination générale de *catarrhe*. Son diagnostic est rarement embarrassant. Une *toux habituelle* qui a persisté après une ou plusieurs atteintes de bronchite aiguë, une *expectoration muqueuse* habituelle plus ou moins abondante, tantôt transparente et fine (*catarrhe pituiteux, bronchorrée*), tantôt plus épaisse, opaque et d'un jaune verdâtre (*catarrhe muqueux* de Laennec), tantôt enfin peu abondante, mais transparente et comme perlée (*catarrhe sec* du même auteur); à l'auscultation un *râle sous-crépitant* humide dans une étendue plus ou moins considérable de la base postérieure des deux poumons : tels sont les signes de la bronchite chronique. Il serait difficile de ne pas leur assigner leur véritable valeur, surtout en rapprochant des signes locaux le fait d'absence de tout affaiblissement et de tout mouvement fébrile. La fièvre ne se montre que dans les cas de complications ou d'exacerbations, qui ne sont en réalité que des bronchites aiguës accidentelles.

Je n'ai pas à m'arrêter au diagnostic différentiel de la bronchite chronique avec la *phthisie pulmonaire*, l'*emphysème*, la *dilatation des bronches*, la question ayant été traitée à propos de ces affections, auxquelles je renvoie le lecteur.

Les bronchites chroniques n'ont de gravité que par leur coïncidence, fréquente, avec l'emphysème pulmonaire ou avec les maladies du cœur. L'accumulation des mucosités dans les bronches contribue alors à augmenter le gêne de la respiration et de la circulation, parfois si grande dans ces dernières maladies.

### III. Bronchite pseudo-membraneuse.

1° Cette espèce de bronchite, appelée aussi *bronchite croupale*, *croup bronchique*, etc., diffère d'une bronchite simple principalement par l'*expulsion de fausses membranes par la toux*, fausses membranes isolées ou mêlées à des mucosités. Cependant Peacock, Thierfelder (de Leipsig) et d'autres auteurs ont formulé d'autres particularités utiles à connaître dans la pratique.

Pour Lespiau (*Mém. de méd. et de chir. milit.*, 1854), quand le malade interrogé sur le siège de la douleur, porte la main le long de la trachée, et qu'il dessine les divisions bronchiques, c'est que les fausses membranes consistent au pharynx ont envahi tout le tube aérien. Les détails donnés par Peacock (*Medical Times*, 1854) ont surtout de l'importance, parce qu'il les a déduits de quarante-huit observations recueillies en Angleterre, en Allemagne et en France. Suivant cet observateur, la coloration des pseudo-membranes est le plus souvent d'un blanc sale, rarement d'un brun pâle ou modifiée par du sang. Leur aspect est variable; quelquefois elles présentent l'aspect de petits lambeaux de membrane mince, ou bien elles se moulent sur le tuyau bronchique et ses ramifications, et sont alors composées de lamelles fines et concentriques; les concrétions

s ou tubulées. Le tronc de ces productions arborescentes a un *di-* varie de celui d'une plume de corbeau au volume d'une plume d'oie. ue le plus souvent elles se soient moulées sur des tuyaux bronchiques e ou de quatrième ordre; cependant leur calibre est quelquefois bien érable, puisque l'on a rencontré des faits de concrétions s'étendant dernières ramifications bronchiques jusqu'à la trachée. J'ajouterai bien juger de l'état des fausses membranes, il faut ou les plonger ou acérer dans l'eau. Vues au microscope, elles présentent les carac-fibrine. La bronchite pseudo-membraneuse, suivant Peacock, peut se on-seulement à l'état *aigu*, mais encore sous la forme chronique. é moi-même un fait de cette dernière espèce. Dans le premier cas, une rapidement par la guérison ou par la mort; dans le second, les ec fausses membranes se montrent pendant des semaines, des mois, e même, à des intervalles variables, ou bien au moment des *exa-* des symptômes inflammatoires. Thore, avant Peacock, avait déjà t observations intéressantes de ces deux formes aiguë ou chronique *méd.*, 1849, t. XX, p. 295).

été de diphthérie se rencontre plus souvent chez les *hommes* que chez . Quoique se montrant à tout âge, elle semble plus fréquente de vingt ans; elle affecte quelquefois les individus robustes, mais bien plus e atteint des *sujets débilités* par une affection chronique des pou- ar toute autre maladie préexistante, surtout en temps d'épidémie, at l'a observé dans l'épidémie de grippe de 1837, et Fauvel dans la apillaire, ainsi que Mahot, Bonamy, Macé et Malherbe (de Nantes). t connaître des exemples de bronchite diphthérique primitive.

agnostic de cette espèce de bronchite, comme je l'ai rappelé en it, se fonde presque uniquement sur la présence dans les crachats -membranes tubulées ou ramifiées. On pourra cependant soupçonner de la maladie avant l'expulsion des concrétions, si le malade s'est a contagion de la diphthérie et qu'il soit pris d'une bronchite avec tense, accès de suffocation, faiblesse du bruit respiratoire à l'aus-ruit de *claquement* signalé par Barth, et dû au déplacement de nbranes ou de lambeaux flottants dans les voies aériennes. L'appari-èmes signes, chez un sujet qui offre en même temps une simple thérique dans le pharynx, suggérera le même diagnostic. Malheu-le claquement, qui aurait la valeur d'un signe pathognomonique, est ent constaté.

avité du pronostic varie avec les circonstances dans lesquelles se maladie, suivant l'étendue des concrétions, et la facilité ou la vec laquelle elles sont expulsées au dehors. La mort a lieu par nais, suivant Peacock, elle ne serait pas la terminaison la plus fré- dans la forme aiguë, soit dans la forme chronique, dans laquelle tion caractéristique se reproduit par intervalles, quelquefois pen- nps fort long. La guérison a eu lieu dans les deux faits rapportés par e faut donc pas porter toujours un pronostic fatal.

**CHOCÈLE.** — *Voy.* GOITRE.

**CHOPHONIE.** — *Voy.* VOIX THORACIQUE.

**CHO-PNEUMONIE.** — *Voy.* PNEUMONIE.

**CHORRHÉE.** — *Voy.* BRONCHITE (chronique).

**ZÉE** (Peau ou maladie). — La peau bronzée, de même que l'albu- l'anémie et l'ataxie locomotrice, est un épiphénomène qui peut se

montrer dans diverses maladies, et qui est de plus le symptôme capital de la maladie particulière. Mais il faut reconnaître que l'entité de la maladie, dont la peau bronzée est le principal caractère, n'est pas encore si bien dégagée des faits dans lesquels la coloration anormale de la peau n'est qu'un épiphénomène.

Le remarquable Mémoire du docteur Addison, dont Lasègue a donné l'analyse dans les *Archives générales de médecine* (1856, t. VII), a attiré l'attention des observateurs sur les faits de coloration anormale des téguments désignée sous les noms de *peau bronzée*. Cette coloration coïnciderait-elle constamment, suivant Addison, avec des lésions des capsules surrénales? Les lésions sont-elles réellement la condition nécessaire de la maladie? C'est ce que nous examinerons plus loin.

1° *Éléments du diagnostic*. — La maladie bronzée est habituellement chronique et de longue durée; très-rarement elle a suivi une marche aiguë; elle varie suivant deux périodes. Pendant la première, il n'y a absolument qu'un *dépérissement* et une *anémie* graduellement croissantes, avec des lésions cardio-vasculaires, *douleur épigastrique*, parfois des *vomissements* et des *hémorragies*. Trousseau a noté une fois une *douleur des reins* de médiocre intensité. La seconde période est caractérisée par les phénomènes anémiques qui précèdent la mort et qui font des progrès lents jusqu'à la mort, sans s'accompagner d'émaciation extrême; mais, de plus, la *peau prend une couleur plus ou moins bronzée*, d'un ton enfumé, et qui varie du brun clair à la terre d'ombre ou au bistre. Dans quelques cas, la peau est assez brunie pour que, en voyant l'aspect du visage malade, on ait pu le prendre pour un mulâtre. Cette coloration est due à une énorme quantité de granulations pigmentaires déposées dans toute l'épaisseur de la couche épidermique, comme l'ont constaté au microscope Vulpian et Féréol (*Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie*, juin 1856). Elle peut affecter toute la peau; mais ordinairement elle est limitée à la *face*, au *cou*, aux *extrémités supérieures*, au *scrotum*, au pli de l'*aisselle*, et autour de l'*ombilic*. On la voit au niveau des *mamelons*, dont la teinte foncée ressemble à celle que présentent les mamelons des femmes pendant la grossesse; enfin Trousseau l'a notée aussi sur les *lèvres*. Parfois, au lieu d'être répandue uniformément, la coloration a lieu *par plaques*, de sorte que la surface du corps en est comme marbrée. Addison cite même des exemples dans lesquels certaines portions de la peau au lieu de présenter une exagération de la matière pigmentaire, en paraissent au contraire tout à fait dépourvues, et constituent des surfaces d'un *blanc nival*, véritable *vitiligo*, contrastant avec les surfaces brunies voisines.

2° *Inductions diagnostiques*. — On ne saurait avoir la prétention de diagnostiquer la maladie bronzée à son début, lorsqu'elle ne consiste qu'en une anémie. Mais il n'en est plus de même lorsque l'on constate en même temps le changement survenu dans la coloration de la peau, dont la teinte bistrée est caractéristique. Cependant, lorsque cette coloration, singulière par son caractère et par son siège, comme on vient de le dire, est le signe qui attire tout d'abord l'attention, il faut se tenir en garde contre quelques difficultés ou certaines causes d'erreur physiologiques. D'abord il est, comme me semble, difficile, sinon impossible, de constater la coloration bronzée chez les individus à peau naturellement brune ou très-brune, et à plus forte raison chez les mulâtres. Ce n'est donc guère que vers les pays du Nord qu'on peut révéler cette affection. Mais, indépendamment de la difficulté de reconnaître la maladie bronzée sur les sujets très-bruns, il y a la facilité de la confondre

lesquels Trousseau a eu raison d'attirer l'attention (*Clinique méd. - Dieu*, 3<sup>e</sup> édition, 1868, t. III, p. 542). Quant à l'examen, qu'il con-  
ténementum cutané, qui ne se retrouverait pas dans les cas d'insolation,  
ictériserait la peau bronzée, il est clair que l'on ne pourrait pas faire  
à microscopique pendant la vie. L'existence de ces taches bien carac-  
avec une anémie profonde que rien n'arrête dans sa marche progres-  
ne nulle lésion spéciale n'explique complètement, suffira pour faire  
uer la maladie bronzée.

-il des affections qui puissent, au lit du malade, simuler la maladie  
? C'est un point qui n'est pas encore suffisamment étudié. Fauvel a  
s la *Gazette médicale d'Orient* (1863) une curieuse observation de  
mie généralisée, observée chez un Arménien, âgé de vingt-huit ans,  
de nature palustre. La coloration noire disparut sous l'influence d'une  
quinique, provoquée par l'existence des accès fébriles antérieurs et  
rtrophie de la rate, qui n'était accompagnée ni d'exagération des glo-  
es, ni d'accumulation de pigment dans le sang. On a signalé aussi la  
ulmonaire comme pouvant donner lieu à des colorations analogues à  
j'ai décrites dans cet article, mais rien n'a démontré qu'alors il n'y  
e lésion des capsules surrénales. Il est d'ailleurs impossible de con-  
véritables taches bronzées avec la coloration générale des téguments  
âge interne du *nitrate d'argent*, avec certaines affections anciennes de  
elles que des *éphélides* étendues, le *pityriasis versicolor*, etc., qui en  
par une foule de circonstances inutiles à rappeler ici. Les taches bron-  
urtout un siège caractéristique, qu'il ne faut jamais oublier.

tue de ces taches et leur *intensité* de coloration sont généralement  
nelles à la gravité de la lésion des capsules surrénales, sans qu'il y  
'absolu à cet égard.

à présent j'ai supposé qu'à la peau bronzée, avec anémie concomitante,  
il y avait une lésion des capsules surrénales; mais cette corrélation n'est



*lésion des capsules* (trente-cinq fois sur quarante), mais les faits exceptionnels démontrent que la coloration bronzée n'est pas sous la dépendance absolue la lésion des capsules surrénales. Aussi Martineau (*Thèse*, 1863), qui a fait l'étude si complète de tous les faits à lui connus et au nombre de quatre-vingt-dix, considère-t-il la maladie d'Addison comme une névrose ayant son siège dans le grand sympathique, névrose soit primitive, soit symptomatique, dans laquelle l'altération des capsules surrénales peut être considérée comme secondaire. Quoi qu'il en soit, il y a une condition importante à rappeler dans le diagnostic de la peau bronzée : les lésions des capsules surrénales étant très-fréquentes et se rencontrant dans le cours des maladies cancéreuses ou tuberculeuses, il sera très-probable, lorsque la peau bronzée coïncidera avec l'une de ces maladies, qu'une localisation tuberculeuse ou cancéreuse se sera effectuée au niveau des capsules. On ne saurait pourtant l'affirmer, non-seulement parce que les capsules surrénales pourraient être saines, comme on l'a vu dans un certain nombre de faits, mais encore parce qu'elles peuvent offrir une lésion autre que le cancer ou les tubercules, malgré l'existence de lésions cancéreuses ou tuberculeuses d'autres organes, comme l'a montré une observation de Second Férat (*Cas de coloration bronzée de la peau, Société de Biologie*, 1856).

3° *Pronostic*. — La mort est la terminaison inévitable de la peau bronzée avec lésion des capsules surrénales, condition d'ailleurs la plus ordinaire. Le progrès incessants du dépérissement, qui sont parfois très-rapides dans la forme aiguë, et les affections intercurrentes, pneumonies, ramollissement des centres nerveux, favorisent l'apparition du terme fatal.

**BRUITS ANOMAUX.** — Chaque bruit anormal qui peut se produire dans les organes a une valeur diagnostique plus ou moins grande, que l'on examine à part. Cependant il me paraît nécessaire de les envisager dans l'ensemble, pour que l'on s'en forme une idée générale.

1° *Caractères*. — Dans l'état de santé, il se produit dans les organes des bruits particuliers qui n'ont d'intérêt pour le médecin qu'autant que ces bruits peuvent se transformer en bruits morbides. La circulation de l'air dans les voies respiratoires (respiration et phonation), celle du sang dans le cœur et les principaux vaisseaux, celle des gaz et des liquides dans le tube digestif, et enfin les bruits que l'on peut percevoir au niveau des organes locomoteurs, sont les seuls bruits normaux qui, à ce point de vue, intéressent le praticien. Parmi ces bruits normaux, les uns, comme ceux de la respiration accélérée, de la phonation, la toux explosive, etc., et certains borborygmes, sont perçus à distance ; d'autres, les battements du cœur et ceux des vaisseaux voisins de l'oreille, par exemple, sont quelquefois perçus par l'individu lui-même dans de certaines conditions (dilatation, course forcée) ; d'autres bruits enfin doivent être écoutés d'une certaine manière par le médecin pour être entendus (auscultation), ou bien la simple audition peut suffire, mais il faut qu'il provoque la production accidentelle des phénomènes sonores par un moyen artificiel (percussion).

Ces diverses manières de percevoir les bruits normaux sont applicables à la perception des bruits anormaux, lorsqu'ils ne sont qu'une perversion des bruits normaux. Mais il y a d'autres bruits pathologiques qui surviennent d'eux-mêmes et qui ne remplacent nullement les bruits physiologiques. Ce sont des phénomènes sonores qui résultent d'actes aphones chez l'homme sain, tels que le glissement des surfaces sèches adossées, qui devient bruyant à l'auscultation lorsque ces surfaces perdent leur poli et leur humidité. Des concrétions solides peuvent aussi s'accumuler dans les organes (calculs de la vésicule biliaire) et produire une pression méthodique le bruit dit *de collision*. Au lieu de se faire entre

ps solides que l'on met en mouvement par la palpation, une collision peut alter aussi de l'agitation d'un gaz et d'un liquide emprisonnés dans une ité accidentelle, et donner lieu au bruit de flot (succussion).

Le siège des bruits perçus est facilement établi en tant que région, mais il n'est pas toujours de même lorsqu'il s'agit de déterminer l'organe au eau duquel il se produit. A ce propos, il ne faut pas oublier que les bruits anomaux, dans certains cas rares, tout en étant perçus dans une région, ont leur point de départ dans un organe plus ou moins éloigné et situé dans une région différente. Ce sont alors des bruits *transmis* par des solides, des gaz ou même des liquides. C'est ainsi que la respiration trachéale peut être constatée au eau de la poitrine, à travers une masse solide anormale; de même pour les bruits du cœur. On a tiré parti de cette propagation des bruits produits dans les canaux circulatoires pour déterminer leur siège, en s'appuyant sur ce fait que leur extension se fait principalement en aval du courant sanguin. Les gaz mis en vibration transmettent des bruits parfois éloignés, comme dans le pneumo-thorax et dans la production de la voix thoracique. Quant aux liquides accumulés, ils transmettent bien plus rarement, chez l'homme, les bruits qui se produisent au-dessous d'eux, que les solides; et c'est justement la rareté de cette transmission qui occasionne les erreurs de diagnostic auxquelles elle donne quelquefois lieu.

† *Conditions organiques.* — Je rappellerai, à un point de vue très-général, les lésions organiques parfaitement saisissables qui coïncident avec les différentes variétés de bruits pathologiques.

Ceux qui se passent dans les voies respiratoires résultent de différentes lésions : les unes qui *diminuent* le calibre des conduits; les autres qui, au contraire, les *dilatent* partiellement ou les font aboutir à des *cavités accidentelles*, soit dans l'intérieur même du tissu pulmonaire, soit en dehors (cavité des plèvres); d'autres qui *obstruent* les canaux ou les vides aériens de *liquides* plus ou moins constants, ou de produits *solides*, tels que corps étrangers, fausses membranes ou expansions organiques en partie adhérentes (polypes).

Dans les voies circulatoires, les bruits anomaux coïncident avec des *rugosités* ou des *concrétions* inflammatoires ou autres qui existent, soit au niveau des orifices du cœur, soit dans les vaisseaux artériels; avec des *tumeurs* qui compriment ces vaisseaux; avec des *communications morbides* entre des artères et des cavités anévrysmales, ou entre les artères et les veines les plus volumineuses; enfin avec des *altérations du sang* et d'autres conditions encore incomplètement connues.

Les bruits anomaux qui se produisent dans les séreuses sont de trois sortes : a. des bruits de *frottement* résultant du glissement de leurs surfaces contiguës devenues rugueuses, et qui se constatent dans la plèvre, le péricarde et le péritoine; b. le bruit de *flot* se produisant dans le vide qui résulte de l'écartement de la plèvre par un gaz et un liquide à la fois; c. les *souffles respiratoires anormaux*, dus le plus ordinairement à la pénétration de l'air des voies aériennes dans cette même séreuse, et les *résonnances métalliques*.

† Je ne m'arrête pas à la *signification* de ces bruits anomaux si variés; elle ne présenterait aucun intérêt à être examinée d'une manière générale.

BUBON. — A propos des adénopathies, j'ai rappelé que les tumeurs ganglionnaires d'origine vénérienne résultaient d'une lésion locale ou d'une infection générale de l'économie. Celles d'origine locale, auxquelles est plus spécialement applicable la dénomination de *bubons*, sont facilement reconnaissables, lorsqu'il existe manifestement un chancre dans la zone lymphatique qui corres-



pond au ganglion tuméfié. L'adénopathie a pour caractère, dans ce cas, d'être mono-ganglionnaire et superficielle, ce qui la distingue des adénopathies strumeuses, qui sont ordinairement multiples et d'abord profondes.

Indépendamment des bubons concomitants des chancres, il existe d'autres tumeurs ganglionnaires, qui ont été considérées comme de véritables bubons vénériens par les uns, et comme de simples adénites par les autres. Ce sont les adénopathies qui accompagnent la blennorrhagie, et les bubons dits d'*emblée*, qui se montrent, comme accident unique, à la suite d'un coït infectant. Et comme, en pareille circonstance, aucun caractère particulier ne distingue les bubons vrais des faux bubons, il en résulte que leur diagnostic est presque toujours impossible. Le bubon d'emblée se terminerait le plus souvent par résolution, selon Diday.

Cet auteur (*Exposition critique des nouvelles doctrines de la syphilis*, 1858) a défendu l'existence du bubon d'emblée. On le diagnostiquerait, suivant lui, aux signes suivants : il serait précédé de phénomènes fébriles ; l'inflammation serait toujours médiocre, sa durée assez longue (un mois au moins), sa terminaison habituellement heureuse ; le pus que fournit la suppuration (qui a lieu une fois sur quatre) ne serait pas inoculable ; jamais il ne se produirait de syphilis constitutionnelle ; et enfin, comme particularité sur la valeur de laquelle insiste Diday, le bubon d'emblée apparaîtrait trois semaines après le coït fatal.

Quoi qu'il en soit, le point essentiel du diagnostic est, avant tout, de rechercher si la tumeur ganglionnaire ne peut pas s'expliquer par une simple lésion externe, indépendante de toute contamination vénérienne (Voy. ADÉNITE). Hunter a insisté sur la confusion que l'on est disposé à faire des différentes tumeurs de l'aîne avec les bubons (Hunter, *Traité de la maladie VÉNÉRIENNE*, traduit de l'anglais par Richelot, 3<sup>e</sup> édition, 1859). Il rappelle que l'on a pris pour des bubons vénériens des *hernies crurales* et même des *anévrismes* de l'artère fémorale. Boyer (de Montpellier) signale aussi un abcès par congestion comme ayant été pris, dans l'aîne, pour un bubon. On comprend la possibilité de ces erreurs, lorsque l'on voit une adénite être prise pour une hernie étranglée (Voy. p. 17).

**BULLES, BULLEUSES** (Maladies). — Les soulèvements plus ou moins étendus de l'épiderme par un liquide qui constitue les bulles, appelées aussi *phlyctènes*, se montrent dans une foule de maladies, quoiqu'on n'en ait fait l'élément caractéristique que de deux affections : le *pemphigus* et le *rupia*.

D'abord toutes les affections dites vésiculeuses dans la classification de Willan, l'*herpès*, l'*eczéma*, l'éruption vésiculeuse de la *gale*, peuvent affecter la forme bulleuse par la confluence d'un plus ou moins grand nombre de vésicules voisines ; ce caractère a même servi à établir pour l'*herpès* une forme particulière (*herpès phlycténoïde*). Dans ces différentes conditions, le caractère ordinaire ou simplement vésiculeux de l'éruption, dans les parties circonvoisines, fait facilement reconnaître l'origine des bulles. Il en est de même de la *miliaire*, des *sudamina* lorsqu'ils sont confluents, et enfin de la *scarlatine* dite bulleuse ou pemphigoïde, lorsque les très-fines vésicules de son éruption ont formé des ampoules plus ou moins étendues.

Nous ne ferons que rappeler les maladies dans lesquelles les bulles se montrent comme un épiphénomène à part, et non comme une modification d'une éruption vésiculeuse. Ce sont : l'*érysipèle* spontané de la face ; l'*insolation* dans les pays chauds ou torrides ; le mal dit de *bassine* ; la *brûlure* ; la *gangrène* de cause interne ou celle due à la pénétration d'un virus ou d'un venin,

la piqûre de la *tarentule*, la morsure de la *vipère*, le *charbon*, la *morve*. Enfin les applications vésicantes, telles que les *sinapismes* laissés trop longtemps en place, les *cantharides*, l'*huile de noix d'acajou* (Bazin), l'*ammoniac*, sont également suivies de phlyctènes. Le siège des bulles est souvent une fois donné diagnostiqué pour en déterminer l'origine, dans plusieurs circonstances. On les constate sur les mains et les doigts, dans le mal de basile, la face, et parfois dans la gorge, dans l'érysipèle de ces régions; au ou dans le voisinage des blessures vénéneuses ou virulentes; sur les parties exposées au soleil, dans l'insolation; et enfin aux deux membres inférieurs à la suite de l'application prolongée des sinapismes.

Hors de ces conditions si différentes, dans lesquelles se présentent des phlyctènes comme signe accessoire, il y a deux affections cutanées, nous dit-on, où les bulles forment un des caractères principaux de la maladie : l'impétigo et le rupia. Ces deux affections se rencontrent chez des individus sains. Elles sont ou non syphilitiques (Voy. SYPHILIDES).

Le *pemphigus*, les bulles, soulevées par de la sérosité et semblables à des vésicatoires, ont un diamètre qui varie de celui d'un pois à des dimensions énormes; mais ordinairement elles sont de la grandeur d'une pièce de 50 francs. Le pemphigus est aigu ou chronique. — A l'état aigu, il se présente principalement chez les sujets jeunes; il est précédé d'un mouvement fébrile. La lésion cutanée débute par des taches rouges, au niveau desquelles l'épiderme se fonce, se distend en bulle, se rompt, puis se dessèche, laissant une macule passagère d'un rouge brunâtre. C'est surtout aux membres que l'on rencontre ces lésions. Parfois l'éruption avorte et reste limitée à une tache, de manière à simuler un érythème papuleux (A. Hardy, *Léonard*, p. 127). Chez le nouveau-né, il survient, peu après la naissance, à la plante des pieds ainsi qu'à la paume des mains, et qui sont de nature syphilitique. — Le *pemphigus chronique* est le plus fréquent, le plus commun.

Il offre une succession d'éruptions désespérante par sa ténacité. A la fin il cède quelquefois une croûte mince qui laisse à sa suite une macule brune, et presque toujours ces trois éléments se remarquent à la fois dans une même éruption. On a donné à cette forme la dénomination de pemphigus chronique.

Une seconde forme est dite *prurigineuse*, en raison des démangeaisons insupportables qu'elle occasionne; ici la peau est noirâtre, sillonnée de fissures résultant du grattage, onctueuse, exhalant une odeur fade et nauséabonde, couverte de petites bulles caractéristiques. Enfin on a donné à une troisième forme le nom de *pemphigus foliacé*, dans laquelle les bulles se montrent au début, ou même peuvent manquer (Voy. SQUAMES).

Le rupia a été confondu avec l'*ecthyma cachectique*, vu l'impossibilité de distinguer l'un de l'autre. Ce n'est pas, à proprement parler, une affection cutanée, selon la juste remarque de Hardy (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1866, t. V, art. BULLES, p. 809); l'épiderme n'est pas tendu, mais ridé, et le liquide sous-jacent est un mélange de pus et de sang. La dessiccation de ce liquide donne lieu à la formation d'une croûte épaisse, noire, proéminente, au dessous de laquelle est une cavité fétide, sans tendance à la cicatrisation. On a désigné sous la dénomination de *rupia escharrotica* une variété propre aux enfants cachectiques du Sénégal, et qui ne me paraît être que le pemphigus syphilitique; du moins elle a le caractère qui la distingue suffisamment de cette dernière affection. Les formes aiguë et chronique du pemphigus, qui surviennent chez des individus sains et placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, devra

toujours être formulé comme grave. L'*entérite chronique* est souvent, de part et d'autre, une complication funeste.

**CACHEXIES.** — Ce mot, exprimant des altérations profondes de nutrition inconnues dans leur nature intime, n'a plus aujourd'hui le sens étendu que lui attribuaient les anciens. Quoique plus restreinte, sa signification n'est pas cependant parfaitement définie.

Les éléments du diagnostic, pendant la durée toujours longue des cachexies, sont nombreux, et leur ensemble est caractéristique. Tout état cachectique se s'annonce, à son début, que par l'ensemble des phénomènes généraux et locaux de l'*ANÉMIE*. Les signes de la cachexie confirmée sont plus tard les suivants : *dépérissement* de plus en plus prononcé, souvent malgré la conservation de l'appétit; tendance aux *suffusions séreuses* sous-cutanées dans les *cavités séreuses*, dans les poumons; tendances aux *hémorrhagies* par diverses voies, taches ecchymotiques ou de purpura, épanchements sanguins sous-cutanés ou intra-musculaires, pertes de sang par les voies naturelles, les fosses nasales, les gencives, les intestins, etc., alternatives de diarrhée et de constipation. À une période plus avancée, on observe une *anorexie complète*, un *dépérissement* devenu extrême, une *diarrhée rebelle*, la *fièvre hectique*, la fréquence plus grande des hémorrhagies, des syncopes, et une terminaison funeste, hâtée souvent par l'un de ces derniers accidents.

Mais ces éléments généraux, communs à toutes les cachexies, sont souvent liés à des états pathologiques dont la constatation est très-importante; car c'est sur eux seulement que l'on peut se baser pour arriver à la détermination de l'espèce de cachexie. Or, à ce point de vue, elles peuvent se diviser en quatre groupes.

1° D'abord l'étude de l'anatomie pathologique nous apprend qu'un grand nombre d'états cachectiques sont consécutifs à des lésions d'organes assez profondes pour porter une grave atteinte à la nutrition. Le cancer, les tubercules, les suppurations abondantes et prolongées, et certaines affections chroniques de la peau, en sont des exemples.

2° Sans qu'il soit aussi bien démontré que les altérations évidentes de certains organes soient le point de départ de l'état cachectique, la coïncidence de ces altérations conduit encore à distinguer un second ordre de cachexies. Je veux parler de celles qui s'accompagnent d'une altération des glandes sans conduit excréteur, glandes dites *vasculaires*, en raison de leur action encore mal déterminée sur le sang (capsules surrénales, rate, ganglions lymphatiques, glande thyroïde). Il est évident que l'on doit désormais faire une classe à part des cachexies dont la manifestation anatomique a lieu vers ces organes, et qui ont été étudiées dans ces derniers temps. Telles sont la maladie d'Addison, celle appelée improprement leucocythémie splénique ou lymphatique, et la cachexie dite exophtalmique.

3° Les recherches modernes sur le sang et sur l'urine, qui en est l'émonctoire essentiel, ont permis de fixer l'origine apparente d'un assez grand nombre d'autres états cachectiques, que l'on a pu ainsi rattacher à certaines *anémies* dues à différentes causes : à des *influences hygiéniques funestes* et longtemps continues, à l'*albuminurie persistante* de la maladie de Bright, à la *glycosurie*. On a pu alors expliquer la cachexie, soit par l'insuffisance des matériaux nutritifs et des globules dans le sang, soit par les pertes incessantes de l'albumine du sérum sanguin, ou par le défaut de combustion des éléments glycosiques. Malgré les importantes recherches d'Andral et Gavarret, on ne peut être fixé encore sur le rôle que joue la diminution de la fibrine dans le sang, et à laquelle avait été rattachée d'abord la cachexie *scorbutique*.



4<sup>e</sup> Enfin, sans que l'anatomie aidée de la chimie ait toujours pu constater le fait, il est d'observation vulgaire que les intoxications ou empoisonnements chroniques, effectués par la voie du derme, par les voies respiratoires ou par les voies digestives, s'accompagnent de cachexies lorsqu'elles sont longtemps continuées; et il me suffit de rappeler la *syphilis*, certains gaz délétères, même les vapeurs de *sulfure de carbone*, le *scorbut*, les préparations de *omb*, de *mercure*, l'*ergot de seigle*, les *alcooliques* et l'*opium*, comme pouvant, par un usage longtemps continué, produire des cachexies qui empruntent leur physionomie à la cause particulière et aux symptômes de l'intoxication le-même (Voy. INTOXICATIONS).

Ainsi, un état cachectique étant constaté, on devra en chercher la condition pathologique dans une altération du sang liée à l'un des quatre ordres d'états morbides que je viens de passer en revue.

On doit toujours formuler un pronostic très-grave en présence de toutes les cachexies. Elles sont le plus souvent suivies de mort, sans que l'on puisse comprendre encore à quoi tient la gravité croissante des phénomènes dans beaucoup de circonstances, comme dans les cachexies liées à l'altération des canaux vasculaires, et dont il va être question ci-après.

**I. Cachexie splénique ou lymphatique.** — Nous comprenons sous cette double appellation toutes les cachexies dont la lésion commune est le développement plus ou moins considérable de la rate, auquel se joint quelquefois le développement de la généralité des ganglions lymphatiques. Ces cachexies se rapportent à trois ordres de faits : à ceux décrits par Virchow et Bennett sous les noms de *leucémie* ou *leucocythémie*, sans antécédents paludéens; en second lieu à des faits de même expression symptomatique, mais sans augmentation du nombre des globules blancs du sang (Voy. LEUCOCYTHÉMIE); et enfin à des cachexies se rapportant à l'un ou l'autre des deux ordres précédents, avec des antécédents manifestes de *fièvre intermittente* (cachexie paludéenne).

Cette manière d'envisager la leucocythémie lymphatique de Virchow était pour la première fois exposée dans la première édition de cet ouvrage, lorsque Trousseau adopta cette manière de voir en décrivant avec son talent habituel la cachexie lymphatique sous le nom d'*adénite*.

**1<sup>er</sup> Éléments du diagnostic.** — Dans la cachexie splénique, ces éléments sont fournis d'abord par les signes généraux des cachexies rappelés plus haut, et ensuite par les phénomènes particuliers qui résultent de l'augmentation de volume de la rate, et quelquefois aussi de l'organe hépatique. La rate forme une tumeur lisse, qui peut être sensible seulement à la palpation, ou distendre visiblement l'hypochondre et le flanc gauches. Elle envahit souvent le côté correspondant de l'abdomen jusque dans la fosse iliaque, où l'on sent l'extrémité mousse et arrondie de l'organe se continuant, dans le voisinage de la ligne blanche, avec son bord interne qui offre quelquefois une échancrure. Cette tumeur, qui s'insinue sous les côtes où elle semble s'insérer, refoule le diaphragme et le poumon gauche, parfois au point d'augmenter notablement la dyspnée qui résulte déjà de l'anémie; ce refoulement peut également donner lieu à un son tympanique au niveau du tissu pulmonaire (Voy. TYMPANISME). D'autres données diagnostiques importantes résultent des conditions dans lesquelles survient cette cachexie splénique, comme on le verra plus loin.

Dans la cachexie lymphatique (adénite de Trousseau), on rencontre le même ensemble de phénomènes cachectiques et le développement anormal de la rate; mais ce qui domine, c'est l'engorgement, la tuméfaction des ganglions lymphatiques.



tiques des aines, des aisselles, péri-maxillaires, etc., qui peuvent acquérir un volume énorme. E. A. Bonfils, qui a publié une observation remarquable de ce genre, que j'aurai plusieurs fois occasion de rappeler (*Recueil des trav. de la Soc. d'observ.*, Paris, 1857, t. I), a vu les tumeurs ganglionnaires atteindre le volume d'une tête d'enfant.

Dans ces deux formes de cachexie, il y a fréquemment exagération du nombre des globules blancs du sang ou LEUCOCYTHÉMIE. Mais comme cette leucocythémie se montre dans les états cachectiques les plus divers, puisqu'on l'a rencontrée, par exemple, avec le cancer, les intoxications paludéennes, et comme elle n'est pas constante dans la cachexie splénique ou lymphatique, on n'est pas en droit d'en faire la lésion microscopique fondamentale ni le signe essentiel de cette cachexie complexe.

2° *Inductions diagnostiques.* — Deux données principales dominent ici l'ensemble des signes qui servent à formuler le diagnostic : le développement exagéré de la rate avec ou sans hypertrophies ganglionnaires, et l'état cachectique en lui-même. Lorsqu'on les rencontre réunis, ils suffisent pour établir l'existence de la cachexie splénique. Mais ce n'est là que le premier point du diagnostic, qui demande à être plus complètement formulé.

D'abord quelle est l'origine de la cachexie? Elle est depuis longtemps connue comme conséquence des fièvres intermittentes dans les pays marécageux, et elle est plus fréquemment observée à Paris depuis que l'Algérie est devenue française. En dehors de ces faits, les plus faciles à interpréter, il en est d'autres dans lesquels les mêmes phénomènes se constatent, sans qu'il y ait eu le moindre antécédent paludéen. Ce sont les cachexies spléniques ou lymphatiques de cette dernière espèce que Virchow et Bennett ont eu le mérite de signaler, mais en cherchant à tort à les rattacher à l'exagération des globules blancs du sang. Il sera donc nécessaire de rechercher avec soin les antécédents des malades pour établir s'ils ont eu, oui ou non, des accès de fièvre paludéenne. C'est principalement chez les adultes que l'on constatera la cachexie splénique; mais on n'oubliera pas qu'elle peut aussi s'offrir dans l'enfance ou la vieillesse (13 ans et demi, 69 ans). J'en ai observé un exemple chez un enfant à la mamelle qui avait une rate énorme, et qui succomba à une cachexie progressive; il était en nourrice dans une localité très-élevée des environs de Paris, et exemple de toute influence palustre.

Il est évident que, en présence des phénomènes cachectiques liés à la tumeur de la rate ou à la tuméfaction généralisée des ganglions lymphatiques, des erreurs de diagnostic ne peuvent avoir lieu que lorsque l'on néglige d'explorer la cavité abdominale, surtout à la première période de la maladie. C'est ainsi que les troubles nerveux variés de l'anémie, les vomissements qui existent dans certains cas au début, que la dyspnée avec toux sèche, amaigrissement, sueurs, diarrhée, que les infiltrations séreuses, les hémorrhagies, etc., feront croire à l'existence d'affections organiques variées, et principalement de la phthisie, qui est la plus commune. Le son plus clair (tympanique) que j'ai signalé au niveau du plexus gastrique gauche refoulé par la rate augmentée de volume, peut tromper en faisant croire à une diminution relative de la sonorité sous-claviculaire droite, qui sera induite par des tubercules; mais alors la rate a acquis un tel volume que la tumeur qu'elle forme attire forcément l'attention. Les hémorrhagies et le dépérissement cachectique de la cachexie splénique pourraient être attribués à une cause interne. Mais, je le répète, ce n'est que si l'on néglige d'explorer l'abdomen que la rate que ces erreurs sont possibles. Cependant il y a des cas exceptionnels dans lesquels, tout en reconnaissant une cachexie, on pourrait croire à une

hypertrophie splénique qui n'existe pas réellement. C'est ainsi que Becquerel (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1855), constatant une matité splénique qui semblait être de 22 centimètres sur 15, avec leucocythémie, avait dû diagnostiquer une cachexie splénique, et qu'à l'autopsie il ne trouva, outre un cancer de l'ovaire, que des fausses membranes épaisses et infiltrées de sérosité du côté gauche de l'abdomen.

L'existence de la cachexie splénique ou lymphatique une fois établie, à l'aide des signes actuels et des commémoratifs, on aura résolu en même temps les autres questions diagnostiques, si l'examen des malades a été suffisant. Ces questions sont le degré, les lésions appréciables, la forme et les complications de la maladie.

Quant au *degré* de l'affection, il résulte de la période plus ou moins avancée à laquelle elle est arrivée, période qui ressort de l'ensemble des phénomènes que j'ai rappelés plus haut. — La constatation des *lésions* ne doit pas comprendre seulement l'augmentation de volume de la rate et des ganglions lymphatiques, mais encore l'hypertrophie du foie et les autres lésions accidentelles qui peuvent concurremment exister. L'état du sang doit aussi être recherché avec soin, à l'aide du microscope. Il n'est pas indifférent, en effet, de savoir s'il y a ou non exagération du nombre des globules blancs du sang, ou *leucocythémie*; car la gravité fatale qu'a toujours présentée la cachexie avec cette lésion démontre la nécessité de cet examen, non-seulement lorsque la couleur terne ou brunâtre du sang rendu par hémorrhagie fait soupçonner la leucocythémie, mais même lorsque cette circonstance fait défaut. Nous supposons que, dans l'examen microscopique du sang, on prenne toutes les précautions indiquées à l'article LEUCOCYTES, et sans lesquelles on peut croire à une leucocythémie qui n'existe pas réellement. Suivant le docteur Magnus Huss (de Stockholm), il y aurait formation presque constante de *pigment noir* dans le sang, lorsque la cachexie complique les fièvres intermittentes. Si le fait se confirmait, il faudrait considérer cette donnée microscopique comme signe distinctif de la cachexie splénique d'origine paludéenne. — Cet examen microscopique du sang est nécessaire non-seulement pour juger de la gravité de la cachexie splénique ou lymphatique, mais encore pour servir à en déterminer la forme. J'ai établi, en effet, que, d'après les faits recueillis, il fallait admettre une forme avec antécédents paludéens (cachexie paludéenne), et deux autres formes dans lesquelles ces antécédents paraissent faire défaut. Or, ces deux dernières formes ne se distinguent l'une de l'autre que par l'existence ou par l'absence de la leucocythémie considérée comme épiphénomène. Les ganglions, le foie, la rate, examinés au microscope, ne montrent qu'une hypergénèse des éléments normaux, sauf dans un fait de Polain, où la rate présentait à la coupe un très-grand nombre de points blancs de la grosseur de grains de chènevis, et qui étaient constitués par des *noyaux* en tout semblables à ceux des ganglions lymphatiques.

Enfin, parmi les complications qui peuvent survenir, il ne faudrait pas comprendre la prédominance de certains symptômes, en général ultimes, comme les syncopes plus ou moins répétées, les hémorrhagies abondantes, la diarrhée excessive, la dyspnée allant jusqu'à la suffocation. Cependant la dyspnée peut dénoter une véritable complication lorsqu'elle a le caractère *asphyrique*, et qu'elle est due à la compression des bronches par les ganglions bronchiques hypertrophiés, comme dans le fait rapporté par Bonfils (*loc. cit.*). Comme complications réelles, on a noté encore des affections très-variées, ainsi que dans toutes les autres espèces de cachexies. Ce sont la *congestion sanguine* et l'*œdème des poumons*, un *épanchement pleurétique* ultime, l'*ictère accom-*

pagnant l'augmentation de volume du foie, la *maladie de Bright*, etc. n'oubliera pas que certaines de ces complications peuvent n'être que de simples coïncidences.

3° *Pronostic*. — La cachexie splénique ou lymphatique est suivie de mort qu'il y ait ou non leucocythémie. Comme phénomènes ultimes, il y a rarement un peu de subdelirium ou du coma; la connaissance se conserve ordinairement jusqu'à la fin, et les malades s'éteignent. Quelquefois la mort est subite, produite ou non par une hémorrhagie cérébrale; d'autres fois enfin elle est accélérée par une parotide ou une autre complication. Les rares faits de guérison se remarquent principalement dans les cas d'intoxication paludéenne.

II. *Cachexie surrénale*. — Dans cette maladie, qui est la *maladie d'Addison* proprement dite, ce n'est pas directement que l'on s'assure de la lésion des capsules surrénales coïncidant avec un état cachectique. C'est la *coloration bronzée de la peau* qui fait soupçonner cette lésion, mais sans en être le signe pathognomonique; aussi ai-je dû traiter du diagnostic de cette espèce de cachexie au mot BRONZÉE (Peau ou maladie).

III. *Cachexie thyroïdienne ou exophtalmique*. — Cette affection singulière, connue aussi sous la dénomination de *Maladie de Graves* (du nom de l'auteur qui l'a signalée), a été entrevue d'abord par les ophthalmologistes. Étudiée plus complètement en Angleterre et en Allemagne, elle a été observée et décrite en France par le docteur Charcot (*Gaz. méd. de Paris*, 1856; *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1859), puis par Fischer (*Arch. de méd.*, 1860, t. XIV). Gros et Hervieux en ont publié des exemples. Malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, cette cachexie est restée inconnue dans sa nature; pour Fischer, elle n'existe même pas comme maladie particulière, et les effets qu'on lui attribue ne seraient, comme pour Begbie, que des effets éloignés de l'anémie. Mais il est évident que ce sont précisément les signes de l'anémie auxquels se joint un groupe de symptômes tout à fait particuliers, qui font de la maladie de Graves, non un exophtalmos spécial, mais une cachexie à part. Trousseau, qui a exposé dans une de ses leçons l'histoire clinique de cette affection, l'a considérée non comme une cachexie (qu'il comprend comme une expression extrême de dépérissement chronique), mais comme « une névrose congestions locales ayant sa cause prochaine dans une modification de l'appareil vaso-moteur » (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II).

Ce qui attire immédiatement l'attention chez les individus atteints de cette maladie, c'est la *saillie prononcée des globes oculaires* qui existe le plus souvent, le *développement de la glande thyroïde*, les *battements visibles des artères*, et les signes extérieurs de l'anémie. La constatation de ces signes réunis suffit au diagnostic, et chacun des trois premiers, perçu isolément, peut suggérer l'idée de rechercher les autres. Lorsque la maladie est déjà ancienne, les antécédents apprennent que des *palpitations* artérielles et cardiaques, tumeur thyroïdienne et l'exophtalmie ont indifféremment marqué le début, même temps que l'anémie suivait son cours. L'exagération des battements cardiaques et artériels au point d'être sensibles à la vue, est un signe qui, même isolé, peut révéler la maladie, car il est constant. Mais il n'acquiert une véritable valeur que par le développement ultérieur du corps thyroïde.

Ces phénomènes présentent des particularités complémentaires utiles à connaître. Suivant Stokes, les pulsations radiales sont presque toujours faibles, même que celles des carotides sont très-violentes; et, selon Charcot, l'aorte abdominale pourrait, comme les artères du cou, être affectée de battements énergiques; il en serait de même des artères thyroïdiennes superficielles. A



ation, les principaux troncs artériels sont le siège d'un *frémissement* *vire*, et, à l'auscultation, d'un *souffle* rude et continu, avec redoublements. On a constaté chez quelques sujets, mais non chez tous, une matité précordiale due. Je dois ajouter qu'il n'y a pas de fièvre, et que la nutrition n'est pas matériellement altérée, sauf dans les cas où la cachexie devient de plus en plus grande et se termine par la mort, survenue chez environ le quart des sujets (sur 10 sur 40, selon Charcot). Dans les cas de guérison, qui est parfois spontanée, le goitre et l'exophtalmie peuvent indéfiniment persister, alors que les palpitations ont depuis longtemps cessé.

On a observé comme complications de la cachexie thyroïdienne ou exophtalmique l'hémorrhagie méningée (Hirsch), et, moins rarement, une sorte de *rose de la cornée*, observée en Allemagne (Charcot, *Gaz. hebdom. de* d.).

**CAILLOT.** — Voy. SANG.

**CALCULS.** — Très-rarement il se manifeste des phénomènes qui peuvent être craindre ou, jusqu'à un certain point, prévoir la formation de certains calculs, comme la gravelle le fait pour ceux des voies urinaires. Le plus ordinairement ils se développent d'une manière latente, et dès lors il peut arriver deux choses : ou qu'ils restent latents toute la vie ; ou bien que, parvenus à un certain volume, ils se manifestent seulement alors par des signes variables. Ces signes sont tantôt directs ou locaux, tantôt indirects ou plus ou moins éloignés de leur point de formation. Parmi les accidents qu'ils provoquent par leur présence, les plus graves sont manifestement ceux qui résultent de leur migration, plus ou moins difficile, dans les conduits naturels, ou à travers les solides paroi des organes. Ces différents éléments symptomatiques sont ceux qui servent au diagnostic ; mais il arrive trop souvent qu'ils sont méconnus dans leur origine, et que le diagnostic ne peut se porter que tardivement, lorsque le calcul est expulsé au dehors du corps. Ce n'est plus là un diagnostic bien utile, à moins toutefois que les calculs ne soient multiples, et que la connaissance du point de l'expulsion ne vienne éclairer plus tard et expliquer l'apparition de nouveaux troubles pathologiques semblables à ceux d'une première attaque.

Parmi les symptômes locaux produits par les calculs, dans les conditions que je viens de rappeler, on compte principalement : la *douleur*, quelquefois aiguë, ordinairement subite et plus ou moins violente ; les *troubles fonctionnels* qui diffèrent suivant les organes où se forme le calcul, et aussi suivant ceux qu'il traverse pendant sa migration ; l'arrêt ou l'accumulation des produits de sécrétion dans les organes par le fait de l'oblitération de la voie d'excrétion ; et enfin l'expulsion subite et abondante de ces liquides par les voies naturelles, dès que l'obstacle a cessé par le déplacement ou l'expulsion du calcul lui-même. Les caractères physiques ou chimiques des calculs expulsés au dehors sont en particulier la source de données diagnostiques d'un grand intérêt. L'important pour le médecin est de savoir distinguer les calculs qui proviennent des voies biliaires de ceux qui sont primitivement formés dans d'autres organes, et ceux qui sont, comme les premiers, rendus par les selles, ou par des plaies fistuleuses de l'abdomen, notamment de l'ombilic, ou enfin par le vomissement. Quant aux calculs urinaires, formés le plus souvent d'acide urique et d'oxalate de chaux, de phosphates et de cystine, ils ne peuvent être expulsés qu'à la condition d'avoir un petit volume (11 à 14 millimètres au plus de diamètre). Leur expulsion par l'urètre ne laisse d'ailleurs aucun doute sur leur origine. Les calculs biliaires qui sont rendus par les voies indiquées tout à l'heure, tantôt sont isolés, et tantôt constituent seulement le noyau de calculs intestinaux plus consi-



dérables. Les calculs ou les noyaux biliaires sont d'un volume variant de d'un petit pois à celui d'un œuf de poule, arrondis, plus souvent polyédriques, jaunes ou brun jaunâtre, comme marbrés, d'une consistance analogue à du savon desséché, formés de couches concentriques, onctueuses au toucher légers que l'eau, fondant comme un corps gras par la chaleur, brûlant avec flammes et laissant à peine de résidu, solubles enfin dans l'alcool bouillant, qui les fait ensuite précipiter par le refroidissement des aiguilles de cholestérine, blancs cristallines, et prenant au contact de l'acide sulfurique une couleur rouge.

La connaissance de la *marche* des accidents observés est également nécessaire au diagnostic dans certains cas. La rapidité de l'invasion et de la cessation des douleurs qui résultent le plus souvent du déplacement d'un calcul dans les conduits qu'il occupe, en est un exemple frappant. Enfin il n'est pas sans importance certaines *conditions étiologiques* qui n'aient, suivant quelques observateurs, une certaine degré d'utilité, soit une cause accidentelle agissant, par exemple, en déplaçant brusquement un calcul, soit même une cause prédisposante, comme l'alimentation comprenant certaines substances (l'acide oxalique, certaines substances médicamenteuses, comme la magnésie, ainsi qu'on le verra plus loin).

Nous ne saurions sortir ici de ces généralités, en raison des différences que présente le diagnostic des calculs sous le rapport de leur siège, de leurs complications, de leur pronostic.

La considération du siège des calculs étant fondamentale dans le diagnostic des affections calculeuses, il est indispensable de traiter à part du diagnostic des calculs des différents organes ou appareils d'organes, en négligeant tout d'abord ceux qui ne donnent lieu à aucun symptôme, ou ceux qui sont essentiellement du ressort de la chirurgie. — Parmi les premiers, nous rangeons les concrétions crétacées des poumons, qu'elles soient dues à une transformation tuberculeuse ou de toute autre nature, comme celui que Charcot a trouvé dans une caverne pulmonaire (*Union méd.*, 1859, t. I). Cependant il résulte d'une discussion qui a eu lieu en 1865 à la Société des hôpitaux que des calculs des concrétions pulmonaires donnent lieu quelquefois à des signes de bronchite chronique ou de phthisie tuberculeuse (sans qu'il y ait de tubercules dans les poumons), ou bien à des vomiques successives, comme dans le fait intéressant rapporté par Guibout. Ces calculs, même ramifiés et comme moulés dans les divisions bronchiques, peuvent être expulsés (Guibout) et révéler ainsi la nature de l'affection, jusque-là inconnue. Des hémoptysies survenant auparavant tendent à faire croire à une phthisie tuberculeuse (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. hôp.*, 1865, t. II, 2<sup>e</sup> série). — Les calculs qui sont du ressort chirurgical comprennent ceux des *fosses nasales*, ceux de l'appareil *salivaire*, du *scrotum*, les calculs *vésicaux*. On peut considérer comme des calculs intéressants, pour le médecin et le chirurgien les concrétions tophacées que François Bart a constatées chez un goutteux, et qui donnèrent lieu à un abcès fistuleux du gros orteil que l'on crut occasionné par une carie (*Soc. méd. des hôp.*, novembre 1856).

Nous allons traiter ci-après du diagnostic des calculs des voies biliaires, des calculs intestinaux, et de ceux des voies urinaires dont le diagnostic intéresse plus particulièrement le médecin. Nous avons cru inutile de nous occuper des calculs du *pancréas*, attendu qu'il a été jusqu'à présent impossible de reconnaître pendant la vie, quoique cette affection, très-rare d'ailleurs, ait donné lieu à des douleurs assez vives dues à la pénétration du calcul dans le canal pancréatique, à une tumeur résultant de la distension du pancréas et

**les fonctionnels de l'estomac.** On ne pourrait tout au plus que soupçonner des calculs pendant la vie.

**Calculs biliaires.** — Dans l'étude du diagnostic de ces calculs, il ne faut perdre de vue ce fait d'anatomie pathologique qu'ils peuvent occuper dans le canal hépatique, la vésicule, les canaux biliaires, en être dans le canal intestinal, pénétrer dans d'autres organes, ou enfin se trouver au dehors à travers les téguments. Cette distinction est d'autant plus importante, que les signes auxquels on reconnaît la présence des calculs biliaires varient dans ces différentes circonstances.

**Dans les radicules du canal hépatique,** les concrétions biliaires sont souvent latentes; elles ne sauraient être reconnues pendant la vie, même quand on résulte des douleurs sourdes, qui sont complètement insuffisantes pour qu'on puisse se prononcer. Les signes de colique hépatique existent dans certains cas, ainsi que l'a avancé le docteur Fauconneau-Dufresne, mais ils ne sauraient non plus mettre sur la voie de ce diagnostic anatomique.

**La présence des calculs biliaires dans la vésicule,** souvent latente aussi pendant la vie, se manifeste quelquefois par des signes non équivoques. Je ne parle pas des signes vagues qui ont été signalés, comme les troubles digestifs, la constipation, l'hypochondrie, la gêne, la pesanteur ressenties dans le côté droit; mais des signes perçus au niveau de la vésicule et dépassant le rebord inférieur des fausses côtes. Outre la constatation de cette distension, sensible à la palpation et à la percussion, on peut, dans certains cas, percevoir le choc des calculs ou leur frottement réciproque, si l'on fait faire au malade des efforts de défécation. Cette collision a pu être sensible à l'aide du stéthoscope maintenu appliqué pendant les mouvements de la tumeur (*Voy. BILIAIRES (Voies)*). La vésicule offre aussi parfois une tumeur pierreuse sans collision possible des calculs, lorsque ceux-ci sont nombreux et pressés les uns contre les autres. Enfin la présence des calculs dans la vésicule y détermine parfois des lésions, et notamment une inflammation que nous avons traitée ailleurs (*Voy. CHOLÉCYSTITE*), et qui peut se terminer par la rupture de la vésicule.

**Dans les conduits biliaires.** — Lorsque les calculs, émigrant le plus souvent de la vésicule où ils se sont formés, et quelquefois provenant des radicules du conduit hépatique, s'engagent dans les conduits cystique ou hépatique dans le canal cholédoque, la colique hépatique survient. Les accidents ont alors une physionomie spéciale qui frappe l'observateur, et souvent ils constituent les premiers signes des calculs biliaires; aussi ont-ils dû être exposés à part dans le chapitre des COLIQUES. Ils constituent véritablement les éléments les plus importants et les plus ordinaires du diagnostic des calculs.

**En dehors des voies biliaires,** les calculs peuvent déterminer des accidents dans les conduits biliaires, les perforer, puis être rejetés extérieurement par les parois abdominales (*Voy. ABCÈS, FISTULES*), ou tomber dans le péritoine, où ils déterminent une péritonite rapidement funeste. Enfin, ils peuvent, le plus souvent l'intestin, après avoir parcouru le canal cholédoque, et la rupture est annoncée par la cessation rapide des douleurs et l'apparition de selles bilieuses plus ou moins abondantes, dans lesquelles on trouve souvent le calcul expulsé. Ce calcul, si sa nature est douteuse, a des éléments caractéristiques à l'examen microscopique (*fig. 15, p. 164*). La concrétion, quelquefois d'un tel volume qu'on s'explique difficilement comment elle peut traverser les conduits biliaires, peut produire les accidents de l'occlusion intestinale. Si le calcul séjourne longtemps dans l'intestin, il grossit par

des stratifications successives, et constitue un **CALCUL INTESTINAL**, ou bien, s'engageant dans l'appendice cœcal, il y détermine une inflammation ulcéreuse et

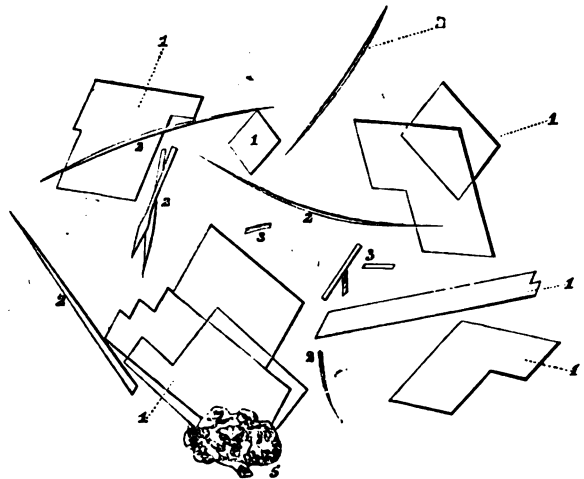


Fig. 15. — 1, Analyse microscopique d'un calcul biliaire : 1, tablettes rhomboïdales de cholestérine ; 2, cristaux aiguillés de cholate de chaux ; 3, cristaux bacillaires de même substance ; 4, substance amorphe colorée en vert (Luton, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*).

péritonite mortelle par perforation. Enfin on a aussi rencontré des calculs où le calcul, au lieu de déboucher dans l'intestin par le canal cholédoque, a pénétré dans le tube intestinal par une ouverture créative accidentelle des adhérences protectrices ayant empêché la concrétion de tomber dans la cavité du péritoine. Dans ce cas de cette espèce, Louis a vu la mort due à la distension de la vésicule par un calcul volumineux et placé à une sonde tympanique produite par la pénétration,

la vésicule, de l'air contenu dans l'intestin, après l'émigration accidentelle de la concrétion biliaire. Marrotte a rapporté une observation dans laquelle la palpation de la région sous-hépatique a déterminé immédiatement la cessation des douleurs en facilitant sans doute la chute du calcul dans l'intestin (*Union médicale*, 1856). Hipp. Bourdon a constaté anatomiquement, entre la vésicule et le côlon, une perforation qui avait donné passage à un volumineux calcul biliaire lequel avait produit dans l'intestin une obstruction mortelle (*Union médicale*, 1859, t. II).

**II. Calculs intestinaux ou Entérolithes.** — Ces concrétions, nommées aussi *bézoards*, ont été l'objet d'un travail de Monro, paru en 1834 (*Arch. méd.*), et surtout d'un Mémoire intéressant de J. Cloquet (*Acad. des sc.*, 1831). De même que beaucoup de calculs de la vessie, qui ont pour noyaux des débris de sonde, des caillots de sang, les concrétions intestinales renferment ordinairement aussi à leur centre un corps étranger : portion d'os, noyau de fruit, calcul biliaire, caillot de sang desséché, matières excrémentielles créées, plus rarement des amas de fibres végétales enveloppées d'une couche de carbonates et de phosphates, et qui se rencontrent presque toujours chez des individus qui font abus de la farine d'avoine (comme en Écosse, en Irlande, nord de l'Angleterre et en Bretagne). Des magmas de magnésie, chez les individus qui font abus de ce médicament, constituent quelquefois aussi de véritables calculs. Enfin l'usage du lait chez les enfants à la mamelle et son abus chez l'adulte donnent lieu à la formation de masses de caséine arrondies, demi-transparentes, élastiques, et d'une odeur fortement ammoniacale (J. Cloquet).

**1<sup>o</sup> Éléments du diagnostic.** — Beaucoup de calculs intestinaux restent grossissants pendant des années dans l'intestin sans donner lieu à des signes particuliers, et lorsqu'ils en fournissent, ces signes varient suivant leur siège, et

ne, leur mobilité ou leur fixité dans le canal intestinal. Pour que les entéros produisent des troubles fonctionnels, il faut, en général, qu'ils aient acquis certain volume ou qu'ils soient placés au niveau d'une partie rétrécie de l'intestin. Le malade éprouve alors une *douleur* fixe, profonde, accompagnée de *sensations bizarres* (telles que celle d'une boule remontant à l'œsophage, d'un poids comprimant les viscères, d'une corde étreignant l'abdomen), de *nausées*, des *vomissements* muqueux et bilieux, quelquefois sanguinolents, de *diarrhées*, de *selles* *diarrhéiques*, séreuses, sanguinolentes, entraînant parfois des *parosés* du corps étranger, et alternant avec une *constipation* opiniâtre. Dans les cas les plus graves, après de longues souffrances qui le réduisent au dernier degré de l'amaigrissement, le malade rend enfin les *concrétions* par l'un ou l'autre orifice du canal digestif, suivant leur position, par un *abcès* qui s'ouvre à travers la peau, à la vulve ou par l'anus. Quelquefois l'intestin se *perfore* avant que les adhérences se soient établies, et il survient une *péritonite mortelle*. Enfin, si une lésion accidentelle augmente les entraves apportées aux fonctions digestives, les symptômes de l'OBSTRUCTION INTESTINALE ou de la *péritonite aiguë* sans perforation se déclarent et entraînent la mort. A la palpation de l'abdomen, on a quelquefois la sensation d'une ou de plusieurs *tumeurs* plus ou moins mobiles, par le palper rectal, la sensation des concrétions elles-mêmes descendues dans le rectum.

• *Inductions diagnostiques.* — On voit, d'après ce simple exposé, combien il peut être facile dans un petit nombre de cas, mais extrêmement difficile dans le plus grand nombre d'autres, de diagnostiquer les calculs intestinaux pendant leur existence. Les troubles digestifs ne présentent par eux-mêmes rien de spécial et ressemblent à ceux qui se rencontrent dans une foule d'autres affections; les alternatives seules de constipation et de diarrhée peuvent faire tout au plus soupçonner l'existence d'un rétrécissement dans un point de l'intestin; mais quelle est la nature de ce rétrécissement? C'est ce qu'il est alors impossible de décider, à moins que l'on ne sente à la palpation une tumeur dont la dureté puisse faire soupçonner une concrétion calculeuse; cependant ce ne sera encore qu'une simple présomption. Il en sera de même des signes d'étranglement et de ceux de la péritonite par perforation. Le diagnostic ne pourra être certain, en effet, que dans les deux circonstances : s'il y a expulsion d'un calcul unique ou de calculs plus ou moins nombreux par les voies que j'ai indiquées plus haut; ou bien si le toucher rectal permet de sentir directement les concrétions. Dans ce dernier cas, il y a cependant une cause d'erreur, c'est l'accumulation au-dessus de l'anus de matières fécales desséchées; mais, dans le doute, il sera facile, en explorant, de distinguer la concrétion avec l'ongle : on aura alors la sensation d'une véritable concrétion pierreuse, si c'est un calcul, ou bien on pourra détacher facilement une petite parcelle du corps étranger, s'il s'agit d'un amas de matières fécales. Quel que soit le mode d'expulsion d'un calcul intestinal, il faut le faire briser ou le faire évacuer en travers pour s'assurer de la nature du corps étranger qui en forme le centre; il est important, par exemple, de savoir si ce noyau central est un calcul biliaire tombé dans l'intestin, comme c'est le cas le plus ordinaire. En interrogeant le malade, on constatera, ou l'on aura déjà constaté, des coliques hépatiques antérieures. Dans les cas de concrétions centrales d'une autre nature, les antécédents pourront aussi éclairer le médecin, comme l'abus antérieur de la médication opiacée, lorsque le calcul est dû à l'agglomération de cette substance médicamenteuse.

• Le pronostic des calculs intestinaux varie suivant la gravité des accidents qu'ils déterminent, et parmi lesquels ceux qui ont une terminaison ordinaire-

ment funeste sont : l'émaciation résultant des troubles intestinaux ou d'une inflammation suppurative prolongée, l'étranglement et surtout la péritonite perforation.

**III. Calculs urinaux.** — Ces corps étrangers ont une composition qui est la même que celle des concrétions urinaires dont il a été question à l'article GRAVELLE. Ces concrétions, que je n'ai à examiner que dans les reins : les uretères, constituent des calculs lorsque leur volume est trop considérable pour pouvoir cheminer plus ou moins librement dans ces derniers conduits. Les calculs rénaux siègent dans le tissu même du rein, ou bien, ce qui est presque constant, occupent les calices ou le bassin de l'organe; où ils manifestent leur présence que par les accidents qu'ils y produisent comme des étranglements. On a bien pu, dans des faits exceptionnels, et lorsque les calculs étaient plus ou moins avancés dans l'uretère, les sentir au palper abdominal comme dans un cas rapporté par le docteur Caillat (*Union méd.*; 1856); et dans cette circonstance même, ce sont les accidents que détermine la présence de la concrétion dans les voies urinaires qui mettent sur la voie du diagnostic. Parmi ces accidents, les attaques de *coliques néphrétiques* occupent le premier rang. La colique néphrétique joue ici, comme phénomène actuel ou antérieur, le même rôle important que la colique hépatique pour le diagnostic des calculs biliaires. Les calculs urinaires manifestent encore leur présence par la *néphrite*, par la *pyélo-néphrite*, ou par la *rétention de l'urine* au-dessus de l'obstacle, et enfin par les *abcès* qui en résultent et les complications que ceux-ci peuvent déterminer.

Quoique je n'aie pas à m'occuper spécialement des calculs vésicaux, je fais remarquer qu'ils donnent lieu à des troubles fonctionnels (*épreintes, douleurs dans la miction, ténesme vésical, hématurie, érections*), troubles qui ont souvent été attribués à d'autres causes qu'à des calculs. Chez les jeunes enfants, l'acidité de l'urine et l'irritabilité constante de la vessie ou quelquefois les signes de calculs vésicaux, et ces signes, existant dès la naissance, ont fait croire à Cooper Foster que cette lésion pouvait être congénitale.

Le diagnostic des calculs rénaux, qui intéressent plus particulièrement le médecin, consiste principalement à reconnaître ces calculs comme causes d'accidents que j'ai rappelés plus haut; et qui, en définitive, sont les points de départ des inductions qui conduisent à la solution du problème. Nous ne pouvons donc que renvoyer le lecteur aux mots COLIQUES (néphrétiques), HÉMATURIE, PYÉLITE, RÉTENTION D'URINE, ABCÈS.

Le pronostic de la présence des calculs dans les voies urinaires, en amont de la vessie, est aussi variable que les effets qu'ils produisent. On peut dire que le pronostic tire surtout sa gravité de l'obstruction complète et permanente des voies urinaires, et des désordres qui en résultent.

**CALENTURE.** — Voy. CONGESTION CÉRÉBRALE.

**CALORIFICATION.** — On doit aujourd'hui partager l'opinion des auteurs modernes qui voient dans la calorification, c'est-à-dire dans le dégagement calorifique qui s'opère dans l'économie animale, un résultat de l'accomplissement de tous les actes d'assimilation de l'organisme, et non une fonction particulière.

Étudiée surtout dans les dernières années dans les maladies, la calorification a fourni des résultats très-importants et dont l'application à la pratique ne saurait être exposée qu'au mot THERMOMÉTRIE, le thermomètre étant l'instrument indispensable pour l'utilisation de ces résultats au lit du malade.

**CANAL THORACIQUE.** — Voy. LYMPHATIQUE (Appareil).

**CANCER.** — La question du cancer est théorique ou pratique; et



rès ces deux points de vue qu'ont été formulées les doctrines nosologiques de cette affection. Les anatomistes s'efforcent de se baser sur les distinctions microscopiques des lésions locales, avant d'étudier les symptômes; les cliniciens fondent, au contraire, sur les distinctions séméiologiques, pour arriver, en quelque chose que cela est possible, à la lésion anatomique, tout en tenant grand compte des travaux micrographiques modernes. La question du diagnostic du cancer, au lit du malade, ne saurait être traitée qu'au point de vue séméiologique et est comprise.

Envisagé de cette manière, le cancer est une affection qui, en vertu d'une action inconnue de l'organisme, élée diathèse cancéreuse, se manifeste principalement par un développement graduel avec pâleur, rougeur des téguments, et développement de tumeurs qui se substituent aux tissus des organes, avant de se montrer simultanément successivement dans diverses parties du corps, récidivant le plus souvent après leur ablation par l'instrument tranchant, lorsque l'opération est possible, et enfin donnant, par leurs localisations diverses, une physiologie ou une allure particulières à la maladie, qui se termine par la mort dans la presque totalité des cas.

Les lésions ou tumeurs cancéreuses résultent, non de l'infiltration d'éléments hétéromorphes, comme on l'a cru d'abord (Lebert), mais d'altérations d'éléments normaux. Il y a, suivant Charles Robin, une hypertrophie du noyau, du nucléole et du corps des cellules, souvent accompagnée de la déformation du nucléole et de production d'un ou de plusieurs nucléoles lorsque cette partie manque à l'état normal. Le corps des cellules et même le noyau peuvent devenir granuleux, offrir des cavités, etc. Fig. 16.

Nous n'énumérons pas les variétés de cancer qui ont été admises ou discutées, et qui peuvent se différencier par la nature ou la prédominance de certains éléments histologiques. Pour le médecin qui a à diagnostiquer le cancer des organes internes, ces variétés importent peu, si les signes et l'évolution de la maladie sont ceux que j'ai rappelés tout à l'heure.

Ainsi envisagée, la maladie cancéreuse se manifeste par des signes généraux,

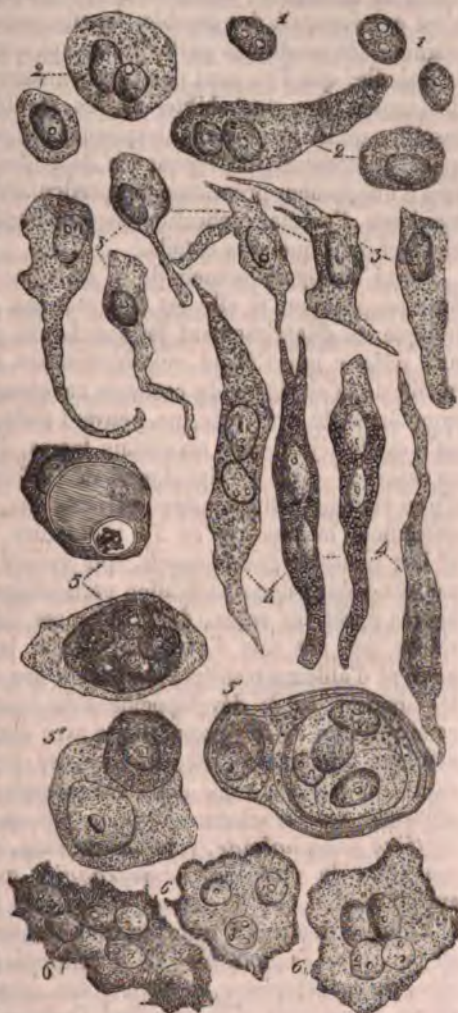


Fig. 16. — 1, 1, noyaux cancéreux; 2, cellules-types; 3, cellules en raquette; 4, fusiformes; 5, excavées; 6, plaques en lamelles à noyaux multiples.

par des signes localisés, communs dans les différents organes, et enfin signes particuliers à la lésion de chaque organe.

Avant de traiter du diagnostic du cancer d'après ses localisations doit donc être envisagé d'une manière plus générale, et d'après les communs à toutes les localisations.

### I. Cancer en général.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de reconnaître à des particuliers la prédisposition ou la diathèse en vertu de laquelle se développe une affection cancéreuse. Il arrive même très-fréquemment que, lorsque l'évolution de la maladie commence, elle est tout aussi latente et insaisissable qu'elle n'est que lorsqu'à des troubles fonctionnels chroniques de certains organes se joignent des conditions particulières qui semblent favoriser le développement de la maladie, que l'on peut non la reconnaître, mais la soupçonner. Les symptômes deviennent des probabilités si les troubles symptomatiques sont si insolites qu'ils ne peuvent s'expliquer par aucune autre maladie. Enfin c'est la certitude de l'existence de l'affection cancéreuse que par la constatation d'une tumeur présentant des particularités caractéristiques, et par l'existence manifeste d'un état cachectique concomitant. Mais il est indispensable d'insister sur ce sujet dans quelques détails.

Parmi les signes actuels de la maladie, l'aspect extérieur du sujet peut faire soupçonner, si elle est déjà avancée. Il y a alors un *amaigrissement* indique un dépérissement prononcé, une *coloration jaune-paille* de la face, une *pâleur* qui s'étend aux muqueuses accessibles à la vue, une *anémie* manifeste. Ces signes de cachexie cancéreuse, complétés ordinairement par les symptômes de dyspepsie, ne peuvent mettre sur la voie du diagnostic que lorsqu'il existe déjà, depuis un certain temps, d'autres signes que l'on doit rattacher au cancer. — 1° Il y a des *douleurs*, parfois très-vives, lancinantes, téred'une violence extrême dans certains cas, mais qui sont loin d'être aussi fréquemment intenses qu'on l'a voulu dire, et qui peuvent même manquer. — 2° Les *troubles fonctionnels*, qui varient suivant l'organe affecté, ont une valeur par eux-mêmes une signification particulière, comme les vomissements quelques heures après les repas, dans le cancer de l'estomac, et tantôt n'acquièrent leur valeur que par voie d'exclusion et par leur étrangeté même. Ces symptômes peuvent d'ailleurs résulter simplement des changements physiques produits dans les organes par le développement du cancer, et qui sont caractérisés par des compressions ou des coarctations avec obstacle au cours du sang, au cours des matières alimentaires, fécales, ou des liquides sécrétés. — 3° Les *matières excrétées* par les voies digestives, respiratoires et génito-urinaires, peuvent présenter des caractères spéciaux, tels que des cellules ou des fragments de *matière encéphaloïde*, contenir du sang, des éléments pigmentaires, constituer de véritables *hémorrhagies* qu'on ne saurait rapporter à aucune autre affection que le cancer, et qui sont fréquemment un excellent signe. — 4° Enfin les données fournies par l'exploration de la région ou de l'organe affecté, au moyen de l'*inspection*, de la *palpation*, de la *percussion*, de l'*auscultation*, du *cathétérisme*, et parfois des *ponctions exploratrices*, fournissent des signes importants, s'ils dévoilent l'existence de la *tumeur*, qui constitue la principale manifestation anatomique de la maladie. Les engorgements des *ganglions lymphatiques* correspondants sont un autre signe concomitant de grande valeur.

La tumeur, quoique n'étant pas pathognomonique, est la donnée diagnostique la plus importante; aussi, lorsqu'elle manque, le diagnostic n'est-il



souvent qu'obscurités et conjectures. Il en résulte aussi que les cancers dont la lésion est inaccessible ou trop profondément située pour pouvoir être constatée, ou bien ne peuvent être diagnostiqués (dans la cavité crânienne, par exemple), ou bien ne peuvent être que soupçonnés indirectement par suite de l'ensemble insolite des phénomènes observés, ou de la constatation de certains signes qui ne peuvent guère s'expliquer que par l'existence d'un cancer.

Les antécédents sont une source de données diagnostiques très-importantes. L'âge du malade doit d'abord attirer l'attention, la plus grande fréquence du cancer interne existant entre quarante et soixante ans, sauf pour le cancer des os, qui s'observe en général dans l'enfance et la jeunesse (Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*). L'âge adulte avancé sera donc une condition étiologique dont on devra tenir compte, quoiqu'elle n'ait rien d'absolu. Il en sera de même de l'hérédité que Lebert a constatée dans un septième seulement des faits. Ces données étiologiques, dont l'influence ne saurait être niée, sont pourtant secondaires, de même que les *chagrins prolongés*. Sous le rapport des commémoratifs, la marche plus ou moins rapide, mais toujours progressive, de la maladie, et l'inefficacité des traitements employés, seront des commémoratifs qui auront une certaine utilité. Les lésions cancéreuses locales sont encore la source des éléments les plus importants du diagnostic. C'est ainsi que la préexistence d'une lésion cancéreuse bien constatée, ou l'ablation d'une tumeur externe de même nature plus ou moins récente, éclaireront sur la nature de symptômes chroniques survenant au niveau d'autres organes et ne pouvant se rapporter manifestement à aucune autre maladie connue. Cazalis et Charcot ont signalé comme fréquente chez les cancéreuses de la Salpêtrière une *paraplégie* douloureuse, incomplète et due à des masses cancéreuses développées secondairement dans les vertèbres de la colonne lombaire qui s'incurve, ce qui rétrécit le canal rachidien. Les douleurs des membres inférieurs lancinantes, vives surtout la nuit, sont alors évidemment dues à la compression et à l'incitation des racines spinales lombaires (Union méd., 1865).

La détermination de la nature des lésions locales, pendant la vie, est une question rendue très-délicate par les dissentiments qui ont eu cours dans la science sur cette question. D'une part, les tumeurs encéphaloïdes sont admises sans contestation comme lésions cancéreuses; et, d'un autre côté, les ulcères rongeurs de la peau et des muqueuses, autrefois regardés comme cancéreux, forment, sous le nom de *CANCROÏDES*, une catégorie de lésions généralement considérées comme non cancéreuses. Mais, entre ces deux extrêmes, n'y a-t-il pas des tumeurs qui peuvent avoir les allures et l'évolution symptomatique de l'encéphaloïde, quoique étant d'une nature anatomique analogue aux cancroïdes? C'est ce que des faits authentiques ne permettent plus de nier. J'en ai moi-même publié un exemple frappant (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXIX). Que ces faits soient rares, cela importe peu dans la pratique; il suffit qu'ils soient possibles pour qu'on les rencontre. Et, il faut bien l'avouer, à moins qu'il n'existe quelque signe qui indique la nature probable de la tumeur (expulsion de matière encéphaloïde ramollie, tumeur fibro-plastique reconnue dans une autre région du corps), rien, dans l'ensemble des phénomènes observés, ne pourra éclairer sur le diagnostic anatomique des lésions, sauf pour la forme *mélanotique* ou *pigmentaire* du cancer, dont on retrouve les éléments dans l'urine, suivant le docteur Balze (*Voy. URINES*).

Les complications, qu'il faut prévoir si la maladie cancéreuse est reconnue, peuvent, dans le cas contraire, éclairer le diagnostic. Les hémorrhagies, tantôt dépendant de l'érosion ulcéralive des vaisseaux, tantôt dues à une simple exha-

lation des muqueuses voisines ou éloignées, peuvent avoir une grande valeur, soit comme donnée complémentaire, soit comme point de départ des inductions diagnostiques. Il en est de même de l'hypertrophie, de la phlegmasie des organes atteints, de la coagulation du sang dans les veines ou même dans les artères (Charcot) qui produisent des OBLITÉRATIONS VASCULAIRES, et de l'obstruction d'autres voies par les tumeurs, d'où résultent des RÉTENTIONS. C'est ainsi qu'on a observé des rétentions de la bile (ictère), des aliments dans l'œsophage et l'estomac, des matières fécales dans l'intestin, de l'urine dans les voies urinaires, et enfin l'hydrométrie.

Quel que soit le parti que l'on tire des éléments de diagnostic dont il vient d'être question, la localisation des lésions cancéreuses dans tel ou tel organe est la donnée qui occupe la plus large place dans le diagnostic des affections cancéreuses. C'est ce qui explique les dénominations de cancer de l'estomac, de l'utérus, etc., appliquées au cancer dont la lésion dominante et apparente appartient à tel ou tel organe. C'est également ce qui nécessite et justifie l'étude à part de ces localisations internes, dont je vais traiter. Je négligerai celles qui ne donnent lieu à aucun symptôme, en faisant remarquer que, dans les deux sixièmes des cas de localisation interne ou externe, la localisation anatomique a lieu dans les organes digestifs ou génito-urinaires.

## II. Cancres localisés.

Les symptômes locaux du cancer présentent à l'observateur certains points de ressemblance pour les lésions cancéreuses qui occupent la même cavité splanchnique. C'est ce qui m'engage à les considérer successivement à la tête, à la poitrine et dans la cavité abdominale.

### A. ENCÉPHALE ET MOELLE ÉPINIÈRE.

Le cancer de l'encéphale est d'un diagnostic très-difficile, non-seulement parce qu'il échappe à toute exploration de la cavité crânienne, mais encore parce que les symptômes fonctionnels qui en résultent ne présentent par eux-mêmes rien de spécial. Ces troubles fonctionnels ne surviennent que lorsque la lésion cancéreuse a acquis un certain volume, et, malheureusement pour le diagnostic, ils sont communs à toutes les tumeurs cérébrales et consistent, ainsi que je l'ai exposé au mot TUMEURS, en des signes variés qui sont : la céphalalgie, les lésions des sens, des facultés intellectuelles et des mouvements (convulsions, paralysies variées). Il est évident que l'on ne pourra soupçonner cette localisation cancéreuse que dans le cas où une autre localisation véritablement cancéreuse aura été constatée.

Il en est absolument de même pour le cancer de la moelle épinière, qui donne lieu à des douleurs plus ou moins vives, à des convulsions, à des accès épileptiformes et à de la paraplégie. Ces symptômes sont communs à toutes les affections organiques de la moelle, et elles ne peuvent pas servir, par conséquent, à la distinction du cancer de cet organe pendant la vie.

### B. CANCER DE LA GORGE.

Le cancer de l'arrière-gorge est rare et mal connu. Lasègue fait remarquer (*Traité des angines*, 1868) que l'on peut attribuer au cancer des angines syphilitiques, et réciproquement. Il signale une forme de cancer épithélial de l'arrière-gorge non encore décrite, et confondue le plus souvent avec l'angine syphilitique rebelle.

### C. ŒSOPHAGE.

Le cancer de l'œsophage est le plus souvent de l'espèce encéphaloïde. Mais, comme l'a fait remarquer Béhier (*Clin. méd. de la Pitié*, 1864), il peut avoir la forme dite squirrheuse (œsophage cartilagineux de divers auteurs) et la forme

le, qui a été observée par Millard, Salneuve, Bucquoy, Lancereaux, etc. que soit d'ailleurs sa forme anatomique, ce cancer, avant le ramollissement de la tumeur, ne se manifeste pas *localement* par d'autres signes que rétrécissement permanent de ce conduit. Cependant un signe exceptionnel indiqué par J. Frank, est le gonflement et l'induration que la tumeur fait à la pression inférieure du cou, sur les côtés et en arrière de la trachée. On constate aussi quelquefois un engorgement des ganglions postérieurs, qui est un excellent signe lorsqu'il existe (Béhier). — Lorsque la tumeur est ramollie, les vomissements dus au rétrécissement œsophagien sont plus fréquents, quoique la rétention des matières dans des cavités accidentelles creusées dans les organes voisins puisse parfois favoriser la rétention des matières; dès lors que la sonde œsophagienne peut ramèner du point rétréci des matières qui proviennent de l'ulcération, et qui sont caractéristiques. Les communications morbides qui se font entre l'œsophage et les organes voisins (poumon, les gros conduits aériens, la plèvre, l'aorte) sont les complications de cette affection (Vigla, *Arch. de méd.*, 1846). L'atrophie du larynx et du pharynx a été signalée aussi comme cause d'une *aphonie complète*, maladie, qui est constamment mortelle comme lésion œsophagienne. On ne saurait confondre le cancer de l'œsophage avec aucune autre affection de ce conduit, si ce n'est avec celles qui produisent aussi un RÉTRÉCISSEMENT de l'œsophage. Ici encore les signes généraux du cancer, s'ils coïncident avec la lésion œsophagienne, leveront les doutes sur la nature de l'affec-

2.

#### LARYNX.

La localisation du cancer très-rarement observée, et dont il a été publié quelques observations depuis celles de Morgagni. Le diagnostic en est extrêmement difficile dans la plupart des cas, où il ne peut guère se baser que sur des symptômes fonctionnels que l'on rencontre dans beaucoup d'autres affections du larynx, puis l'aphonie, l'oppression, une gêne considérable au larynx et enfin les signes d'une asphyxie imminente ne peuvent, en l'absence de tout autre signe, rien de spécial, non plus que la douleur que l'on n'a jamais notée résistante. Cependant il a existé, dans certains cas où la maladie était limitée, quelques autres signes particuliers, tels que le *rejet des boissons* (Louis, *Mém. Soc. d'obs.*, t. I, p. 169), l'*expulsion de cartilages* laryngiens, la *dysphagie* par suite de l'extension du cancer à l'œsophage. Dans les deux dernières circonstances, on peut soupçonner l'existence d'un cancer laryngien.

Cela prouve toute la difficulté du diagnostic, c'est que, dans deux cas cités par Deshayes et Belloc, et dans lesquels la trachéotomie fut pratiquée pour éviter la suffocation, la maladie ne fut reconnue que longtemps après, par l'apparition au dehors de tumeurs ulcérées, saignantes, évidemment cancéreuses. Les matières des crachats n'ont d'ailleurs rien présenté de spécial, dans le cas d'expulsion de cartilages, et l'on n'a pas signalé l'expectoration de matières de nature encéphaloïde au moment du ramollissement de la tumeur. Suivant Valleix, qui admet d'ailleurs toute la difficulté du diagnostic, l'existence d'une tumeur sur les côtés du larynx, la désorganisation toujours progressive de cet organe, le rejet de matières sanieuses, l'extension de la maladie au pharynx, et par suite la gêne de la déglutition, devront surtout fixer l'attention du médecin (*Guide du méd. prat.*, 5<sup>e</sup> édit., 1866, t. II, p. 457). La trachéotomie peut rendre d'importants services dans le diagnostic de cette



La mort survient par asphyxie, et, dans les cas où l'on remédie par la trachéotomie à la suffocation, par extension du cancer à l'œsophage. Dans ce dernier cas, la dysphagie devient de plus en plus complète.

#### E. POUMONS ET PLÈVRE.

Le cancer du poumon et celui de la plèvre ne sauraient être distingués l'un l'autre pendant la vie, les deux organes étant simultanément affectés dans presque tous les cas. En m'occupant en apparence du cancer du poumon seulement, il doit donc être entendu qu'il est question de l'affection complexe poumon et de la plèvre.

Sans être fréquente, cette localisation du cancer n'est pas non plus très-rare. Outre les douleurs thoraciques, parfois très-vives et persistantes, d'autres fois nulles, on constate comme symptômes fonctionnels la *dyspnée*, une *toux*, sèche d'abord, et des hémoptysies assez fréquentes; plus tard, une expectoration *crachats* parfois insignifiants, d'autres fois considérés comme caractéristiques, vermeils ou noirs comme de la *gelée de groseille*, ou d'un rose foncé, et qui ont été signalés par W. Stokes. — Les signes locaux fournis par l'exploration de la poitrine me paraissent avoir plus d'importance qu'on ne leur en a attribuée à la condition d'établir la distinction anatomique du cancer du poumon, tumeurs isolées *peu volumineuses*, ne pouvant comprimer ou atteindre les organes contigus au poumon, ou bien en masses plus ou moins considérables pouvant envahir et comprimer ces organes. Les signes locaux sont, en effet, différents dans les deux cas.

On a dit, depuis Laennec, que lorsque le cancer du poumon est disséminé sous forme de petites tumeurs, il n'en existait aucun signe physique. Le fait est vrai si les tumeurs sont situées profondément dans le tissu de l'organe; mais, si elles sont superficielles, elles peuvent donner lieu aux signes que j'ai exposés à propos des TUMEURS INTRA-THORACIQUES.

Lorsque la lésion cancéreuse, qui n'occupe ordinairement qu'un seul côté de la poitrine, est plus étendue, on a noté comme signes : la *rétraction* du côté affecté, ou bien sa *dilatation visible* si le développement du cancer est considérable, une *diminution des mouvements respiratoires* du même côté, un *mat avec résistance* ordinairement très-prononcé, une respiration *bronchique* ou *tubaire* sans râles, si le poumon est perméable, *nulle* s'il ne l'est plus, *crêpeuse avec râles humides* si le ramollissement de la tumeur a lieu; *brochophonie* ou *pectoriloquie*, et enfin diminution des vibrations thoraciques.

Les faits cités par les auteurs démontrent malheureusement combien les différents signes qu'ils ont assignés au cancer du poumon sont peu concluants même en les considérant dans leur ensemble, si ce n'est dans les cas où les *crachats gelée de groseille* sont manifestes. Ce signe a une très-grande valeur malheureusement il n'est pas constant. Il en est un autre qui, sans être aussi spécial, a pourtant son importance. Je veux parler du son tympanique qui précède quelquefois la matité absolue de la poitrine, lorsque le poumon est encore en partie perméable à l'air, et que j'ai observé même au niveau de tumeurs isolées dans le poumon (Voy. TYMPANISME THORACIQUE). Ce signe était très-prononcé dans une des observations citées par W. Stokes (*Dublin medical Journ.*, 1842), qui l'attribue à tort ce phénomène aux cavités anfractueuses dues au ramollissement de la tumeur et à leur pénétration par l'air, puisque le tympanisme disparut vers la fin de la vie justement alors que ses cavités formaient ou augmentaient d'étendue. Je ferai remarquer en passant que le ramollissement est trop rare et trop différent de celui des tubercules, pour qu'on lui en attribue les signes (gargouillement, pectoriloquie).

Aux signes qui précèdent, il faut en ajouter d'autres qui ont une certaine valeur diagnostique, mais qui, dus aussi à des tumeurs autres que celles du cancer, ne surviennent que dans une période déjà très-avancée de la maladie. Je veux parler des symptômes dus à la compression des organes avoisinants la lèvre, et surtout des troncs veineux : la *turgescence* de la face et du cou, celle des veines thoraciques et cervicales, l'*œdème* de la poitrine et du bras du côté malade ; on observe aussi parfois de la *dysphagie*. Enfin, comme pour toutes les autres localisations, un état cachectique manifeste, et l'existence préalable d'une tumeur évidemment cancéreuse, ou son apparition ultérieure dans une autre partie du corps, viennent augmenter beaucoup les probabilités du diagnostic. Celui-ci n'offre plus le moindre doute lorsque la lésion du poumon vient faire saillie elle-même au dehors.

Une particularité très-importante qui a été déjà signalée, mais sur laquelle on n'a pas généralement assez insisté, et qui m'a frappé dans trois faits que j'ai observés, c'est la *marche insolite de la maladie* comparée à celle des affections avec lesquelles on peut la confondre. L'éveil ainsi donné au praticien, il pourra, par une exploration attentive, saisir des signes qui acquerront dans leur ensemble une valeur réelle qui leur eût manqué sans ce soupçon préalable.

L'exploration attentive des malades, que le praticien doit toujours faire, est surtout avantageuse en pareil cas, parce que l'on peut découvrir hors de la poitrine ou dans son voisinage quelque tumeur qui démontre que la manifestation de l'affection cancéreuse peut être localisée dans le poumon comme dans d'autres régions. J'ai vu, à l'hôpital Lariboisière, un cas dans lequel des petits ganglions mobiles et indurés siégeaient du côté affecté aux environs de la mamelle, saine d'ailleurs. Dans le Mémoire de W. Hughes (*Arch. de méd.*, 1841), on voit qu'une glande indurée de l'aiselle existait chez le sujet de son observation I. L'état des ganglions péri-thoraciques doit donc être recherché avec soin. Graves s'est reproché de ne pas avoir attaché d'importance diagnostique à trois tumeurs arrondies sous-cutanées, chez un malade qu'il soignait avec Stokes en 1833, et qui mourut d'un cancer du poumon, méconnu pendant la vie. Ces tumeurs, de la grosseur d'une noix, occupaient le niveau du front, de la mâchoire inférieure et des vertèbres lombaires. De mobiles d'abord, elles étaient devenues fixes et avaient augmenté de volume dans les derniers temps de la vie (*Clin. médic.*, 1862, t. II, 42<sup>e</sup> leçon).

On peut confondre le cancer du poumon avec plusieurs affections chroniques, et d'abord avec la *pleurésie chronique* qui la complique souvent. Elle masquait la lésion organique dans les trois faits dont j'ai été témoin, et dont je crois devoir donner une courte analyse. Chez aucun de ces trois malades il n'exista de crachats *gelée de groseille* ; seulement chez l'un, c'est un fait à signaler, il y avait eu, comme antécédent, une expectoration sanguinolente passagère, et qui avait été attribuée à une pneumonie, avant que l'on pût soupçonner le cancer. Chez tous les trois cependant, l'affection cancéreuse fut diagnostiquée ou fortement soupçonnée en raison de l'absence de signes de tubercules (cause si fréquente de pleurésie chronique), et surtout des symptômes insolites qui accompagnèrent la pleurésie. Une douleur longtemps persistante et considérée d'abord comme rhumatismale dans le côté affecté, une expectoration couleur jus de pruneau, également très-prolongée, puis de la dysphagie, furent observés sur un sujet chez lequel l'aggravation croissante de la dyspnée et des autres symptômes coïncidait avec une rétrocession générale de la poitrine sensible à la mensuration cyrtométrique. Ces différents signes, qui se joignaient à ceux de l'épanchement, furent d'autant plus remarquables qu'ils devinrent plus mani-

festes avec la résorption même du liquide. Un autre malade, avant le début de accidents thoraciques, avait été atteint à la cuisse d'une tumeur de mauvaise nature, récidivée et opérée plusieurs fois, et à l'examen de la poitrine, outre les signes d'un énorme épanchement pleurétique, il existait du côté opposé un son tympanique circonscrit, en arrière, avec respiration amphorique (tumeur isolée constatée à l'autopsie). Enfin le troisième malade, que nous avons observé à l'hôpital Lariboisière, et dont Aviolat a lu la relation à la Société d'observation, présentait sur la poitrine, du côté affecté, les petits ganglions indurés que j'ai parlé, et un rétrécissement sous-claviculaire visible très-remarquable malgré la persistance apparente de l'épanchement inférieur, rétrécissement au souffle amphorique et son tympanique très-manifeste, puis cachexie évidente avec anasarque (cancer du poulmon et de la plèvre à l'autopsie) (*Recueil de travaux de la Société d'observation*, t. I).

Nous rappelons ces faits, parce que le diagnostic du cancer du poulmon au la pleurésie chronique concomitante, qui est si fréquente par l'extension de la lésion à la plèvre, n'a pas assez préoccupé les observateurs, qui ont cherché surtout à distinguer le cancer de la pleurésie guérie avec rétrécissement thoracique (Walshe), ou de la phthisie pulmonaire, lorsqu'il en existe des signes au sommet des poulmons. Quoi qu'il en soit, l'état des ganglions thoraciques, l'expectoration par ses caractères particuliers, les signes extérieurs démontrant une compression veineuse intérieure (veines superficielles gonflées, œdème localisé, etc.), et la dysphagie sans lésion apparente du pharynx, pourront aider au diagnostic différentiel.

La *phthisie pulmonaire* s'accompagne, comme le cancer, de dépérissement et de signes locaux analogues, mais l'âge ordinairement peu avancé des malades, le siège des tubercules aux deux sommets, et la fréquence de la phthisie opposée à la rareté relative du cancer pulmonaire, sont suffisants pour établir une différence entre les deux affections. — La *dilatation des bronches*, autre maladie chronique des poulmons, peut aussi présenter des signes locaux analogues à ceux du cancer : matité ou tympanisme à la percussion, souffle bronchique, expectoration sanguinolente; mais elle s'en distingue par le défaut de dépérissement et l'abondance de l'expectoration muco-purulente par espèces de crises. — Il serait beaucoup plus facile de prendre pour un cancer du poulmon le cancer du médiastin, dont il est question ci-après.

#### F. MÉDIASTIN.

Les tumeurs cancéreuses du médiastin sont situées à la partie antérieure et moyenne du thorax. La matité résistante que l'on a constatée à leur niveau, l'absence de bruits respiratoires dans les mêmes points, et la prédominance de signes de compression des organes contenus dans le médiastin (veine cave supérieure, œsophage, etc.), qui se sont présentées dans certains cas, suffisent-elles pour établir le diagnostic différentiel entre le cancer du médiastin et celui du poulmon? C'est ce qu'il ne me paraît pas possible d'affirmer. La confusion n'aurait pas du reste grand inconvénient, les deux affections étant également incurables. — Un anévrysme de l'aorte, en produisant une dyspnée intense, la compression des troncs veineux et la dysphagie, ne pourrait être confondu avec le cancer du médiastin, en raison des signes locaux particuliers à l'anévrysme et sur lesquels je crois inutile de m'appesantir.

#### G. ESTOMAC.

La fréquence de cette localisation du cancer en rend l'étude d'autant plus importante que son diagnostic est loin de présenter toujours le degré de certitude que les descriptions classiques de l'affection semblent faire supposer.

Les éléments du diagnostic du cancer de l'estomac, en dehors des signes généraux de l'affection cancéreuse, sont les suivants : *douleur* épigastrique *montée* presque toujours vive, quelquefois simplement névralgique; *appétit* diminué, rarement augmenté, *digestions* laborieuses; *vomissements* se manifestant vers le milieu de la maladie, et devenant de plus en plus fréquents, survenant ordinairement un quart d'heure au moins, une heure, vingt-quatre et même trente-six heures après le repas; matières vomies glaireuses, acides, parfois noirâtres, ayant l'aspect du marc de café, rarement sanguinolentes ou ilicuses; distension de la région épigastrique par l'estomac dilaté qui peut s'y essiner quelquefois en relief; *tumeur épigastrique* rendant un son mat à la percussion, située ordinairement près de l'ombilic ou à son niveau, plutôt à droite qu'à gauche de la ligne blanche, parfois bosselée, d'un volume variant de celui d'un œuf à celui du poing, mobile dans certains cas, et pouvant se déplacer en bas et à gauche de l'abdomen, si l'estomac est dilaté et en état de plétion, et en haut et à droite, s'il est en état de vacuité (Louis).

Les vomissements et l'existence de la tumeur épigastrique sont, avec les signes de la cachexie cancéreuse observés vers l'âge de cinquante ans, les données fondamentales du diagnostic. Malheureusement il arrive assez fréquemment que les vomissements ou la tumeur font défaut, soit séparément, soit ensemble, et il devient alors impossible, tout en soupçonnant l'existence d'un cancer par les symptômes observés, d'en déterminer le siège.

Lorsqu'il se manifeste des *vomissements noirs sans qu'il y ait de tumeur*, on peut aussi bien croire à un ulcère simple de l'estomac qu'à un cancer de cet organe. Cependant on devra croire plutôt à un ulcère simple si le sujet a moins de vingt-cinq ou trente ans, si sa santé générale ne s'altère pas rapidement, si enfin les symptômes gastriques s'amendent pour un temps plus ou moins long. Le cancer sera beaucoup plus probable dans les conditions contraires. — Enfin, lorsqu'il existe une *tumeur sans vomissements noirs*, on peut hésiter à la considérer comme siégeant à l'estomac, dans les cas où elle se remarque dans une région insolite, l'hypochondre gauche, par exemple. C'est ce que j'ai rencontré chez un malade dont la cachexie avancée ne laissait d'ailleurs aucun doute sur la nature cancéreuse de la tumeur, nature que vérifia l'autopsie. D'un autre côté, on a vu un ulcère simple ayant donné lieu à des exsudations plastiques épaisses à son niveau entre les feuillets adhérents du péritoine, exsudations ayant provoqué une rénitence avec matité qui en imposa pour une tumeur cancéreuse (Voy. ULCÉRATIONS). L'existence préalable d'une autre tumeur cancéreuse fait cesser toute incertitude dans le diagnostic de ces faits douteux de tumeur sans vomissements.

Les vomissements de sang pur, plus ou moins abondants, peuvent aussi fournir une donnée utile au diagnostic, mais ils sont très-rares; les mêmes réflexions peuvent surtout s'appliquer aux vomissements dont les matières contiennent des fragments de matière encéphaloïde, signe pathognomonique en quelque sorte, et dont a parlé Rokitsansky. Il ne faut pas perdre de vue que les vomissements de sang, observés aussi dans les cas d'ulcère simple de l'estomac, n'ont de valeur comme signes du cancer que s'il existe un état cachectique.

Mais une autre particularité dépendant du cancer de l'estomac lui-même, et qui peut le faire soupçonner, c'est l'augmentation de l'estomac (Voy. DILATATION). Elle n'existe que s'il y a des vomissements plus ou moins éloignés, et se constate à la vue de l'abdomen, ou seulement au palper, à la percussion, au ballotement, etc.

On établit le diagnostic différentiel du cancer de l'estomac à ses diverses

périodes, et suivant les différentes conditions qu'il présente, avec la GASTRITIS aiguë ou chronique, la GASTRALGIE et surtout l'ULCÈRE SIMPLE de l'estomac; on pourrait ajouter aussi : avec d'autres TUMEURS abdominales. Le diagnostic différentiel le plus important à formuler, sous ce dernier rapport, serait celui du cancer stomacal avec le cancer du pancréas.

Da Costa, réunissant trente-sept observations de cette variété de cancer, a voulu en préciser les caractères, ce qu'il n'a fait qu'au point de vue anatomique. Quant à ses signes, on peut dire qu'il est impossible de les distinguer de ceux du cancer de l'estomac (*Soc. of Philadelphia*, t. I, 1862).

#### H. INTESTINS.

Les faits les plus favorables au diagnostic sont ceux dans lesquels la tumeur est accessible à l'exploration par la palpation de l'abdomen ou par le toucher rectal ou vaginal. La tumeur siège ordinairement aux deux extrémités du gros intestin, soit au niveau du *cæcum*, soit au niveau du *rectum* ou de l'S iliaque. Elle occupe très-rarement le petit intestin. Au niveau du duodénum, elle se confond ordinairement avec le cancer de l'estomac, et, sur la continuité de l'intestin grêle, on la trouve en dehors du siège des tumeurs précédentes, ce qui contribue pas peu à rendre le diagnostic incertain.

Il peut arriver que, malgré l'existence d'une localisation cancéreuse dans l'intestin, la tumeur échappe complètement à l'investigation la plus attentive soit parce qu'elle est peu volumineuse, soit parce qu'elle est cachée dans la profondeur du bassin, où elle est trop haut située pour être atteinte avec le doigt introduit dans le rectum, et trop bas placée au niveau de l'S iliaque pour être sensible à la palpation abdominale. Dans ces circonstances difficiles, on ne peut s'appuyer que sur des éléments diagnostiques généraux ou sur des troubles fonctionnels locaux. Ces troubles fonctionnels varient d'ailleurs suivant le siège dans la localisation. — Dans le cas où l'S iliaque ou le rectum sont atteints, outre l'hémorrhagie, qu'on ne saurait attribuer aux hémorrhoides qui sont plus voisines de l'anus, le cancer donne lieu d'abord à une constipation opiniâtre, et plus tard parfois à une diarrhée rebelle et même à une incontinence des matières fécales (Vidal de Cassis), qui ne dépendent pas toujours de l'ulcération du cancer. Les matières, dans le cas de ramollissement, sont en même temps sanieuses, fétides, mélangées de sang et de pus.

— Le cancer du *cæcum*, siégeant à sa réunion avec l'iléon, produit ordinairement un obstacle de plus en plus marqué au cours des matières (Voy. OCCLUSIONS INTESTINALES), et J. Cruveilhier a vu des noyaux de cerises s'accumuler au-dessus de l'obstacle en suffisante quantité pour donner lieu à une sensation de collision qui aurait fait croire à un emphysème localisé. — Enfin développée sur la continuité de l'intestin grêle, la lésion cancéreuse provoque des coliques, des troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée, des selles contenant du sang plus ou moins noir; mais la coïncidence d'une tumeur palpable peut seule donner une certaine valeur à ces symptômes.

Outre les signes de rétrécissement de l'intestin, on peut encore constater ceux de la compression des organes voisins, consistant dans la gêne apportée à leurs fonctions. Il en est ainsi de la difficulté de l'émission des urines dans le cancer du rectum.

L'extension de la lésion aux organes environnants (péritoine, mésentère) peut faire soupçonner la maladie, même en l'absence de tumeur; et il en est de même lorsque des tumeurs cancéreuses apparaissent dans d'autres organes. J'ai vu récemment un malade qui rendait fréquemment du sang par la vessie.



n avoir rendu d'abord par l'anus, sans qu'il existât de tumeur appréciable au niveau de l'intestin, et chez lequel une tumeur cancéreuse, apparue en l'estomac, est venue confirmer les craintes d'un cancer, que les hémorroides et un état cachectique de plus en plus grave avaient fait soupçonner.

La complication exceptionnelle de cancer intestinal a été observée par Reclus : c'est la communication ulcéreuse du côlon cancéreux avec l'estomac, ce qui entraîne des vomissements de matières fécales. Un accident de cette espèce peut autant mieux faire croire à une occlusion intestinale que le rétrécissement de l'intestin atteint de cancer est une conséquence fréquente de la maladie.

Les erreurs de diagnostic ne peuvent porter ici que sur l'interprétation de tel ou tel symptôme prédominant; or, je n'ai qu'à renvoyer le lecteur aux chapitres qui concernent chacun des signes en question.

DIE.

Le cancer du foie, qui a été l'objet de travaux importants dus à Andral, Cruveilhier, Monneret, Frérichs, est presque toujours consécutif à une lésion de l'estomac; aussi les troubles gastriques que l'on a signalés au début du cancer hépatique paraissent devoir être rapportés au cancer de l'estomac.

Les signes sur lesquels on se fonde pour diagnostiquer le cancer du foie sont les suivants. Il y a d'abord *augmentation de volume* de l'organe, qui se traduit parfois une voussure de l'hypochondre droit en arrière (Monneret, *Ann. de méd.*, 1855, t. V); le foie déborde les côtes au point d'envahir quelquefois l'abdomen jusqu'à l'ombilic, jusqu'à l'os des îles, et d'occuper l'hypochondre gauche, remontant vers la poitrine jusqu'au mamelon et même au-dessus. On obtient, par la percussion, un *son mat* avec résistance dans toute l'étendue, et la palpation au niveau du ventre constate à la surface de l'abdomen des *inégalités* dures, bosselées, parfois douloureuses, et provenant des nodules que le cancer contient. A ces signes se joignent : des *douleurs* dans l'hypochondre droit, tantôt sourdes, tantôt lancinantes, s'irradiant jusque vers l'épaule ou le bras droits, augmentant par la pression; un *ictère* ou une *ascite*, qui ne sont loin d'être constants; de la *dyspepsie*, de la *constipation*; de la *hématurie* vers la fin; et, comme hémorrhagies, des *pétéchies*, des *épistaxis* abondantes, et l'*hématurie*. La marche de la maladie, ordinairement chronique, présente quelquefois cette particularité qu'elle paraît être aiguë et rapide (Monneret), sans doute parce que l'affection était restée latente jusque-là.

Il faut que les éléments principaux du diagnostic local devront être cherchés dans l'augmentation de volume du foie et dans des inégalités ou tumeurs nodulaires faisant saillie à sa surface. Frérichs insiste particulièrement sur ces signes comme sur un des signes les plus importants. Mais ces deux signes ne sont pas toujours parfaitement accusés, soit parce que l'affection n'est pas encore suffisamment développée, soit parce qu'une ascite concomitante nuit à sa recherche, soit enfin parce que l'on rencontre les mêmes particularités avec d'autres lésions du foie pouvant en imposer pour un cancer. Monneret a insisté sur les *exacerbations* survenant le soir ou la nuit, comme pouvant confirmer le diagnostic : les douleurs deviennent alors plus vives, il y a de l'anxiété, de la fièvre, de la fièvre, des sueurs, de la céphalalgie, de légères épistaxis.

Il faut aussi distinguer les lésions du foie, l'hypertrophie simple, l'hépatite chronique, simple ou phlogistique, et les hydatides, sont celles qu'il est le plus facile de confondre avec le cancer du foie, les deux premières surtout, car les hydatides produisent une tumeur globuleuse mieux circonscrite et ne donnant lieu à aucun débris.

sement cachectique. Suivant Frérichs, il faut aussi comprendre dans le différentiel le cancer de l'épiploon, celui de l'estomac, celui du rein et la tumeur résultant d'une accumulation de matières fécales dans le côlon transverse (*Traité des mal. du foie*, chap. XIII). En définitive, il n'est possible de conclure que dans les cas où le cancer présente l'ensemble des caractères généraux et locaux précédemment rappelés.

On doit considérer comme exceptionnels les faits cités dans lesquels le cancer n'acquiert pas de dimensions considérables avant d'occasionner la mort (Andral). Ces exceptions, lorsqu'on les rencontre, ne sauront être diagnostiquées pendant la vie. On a vu aussi l'ascite due au cancer disparaître complètement pendant un temps très-long, quinze mois, et reparaitre plus tard (*Compend. de méd.*); mais cette disparition de l'ascite, loin de nuire au diagnostic, ne pourrait que faciliter l'exploration.

#### J. PANCRÉAS.

La lésion cancéreuse du pancréas est rarement isolée de manière à donner lieu à des signes particuliers, et c'est surtout au cancer de l'estomac qu'elle se trouve réunie. Dans quelques cas, on a pu cependant l'observer sans qu'elle soit en relation avec une affection voisine, du moins avant son extension au-delà du pancréas, on a noté les symptômes suivants : *douleurs* plus ou moins vives ; expulsion de la bouche de *matières filantes*, comme salivaires, parfois *salivation* abondante par son abondance (Battersby); alternatives de *constipation* et de *diarrhée* d'un liquide analogue; *selles graisseuses* (Bright, Gould) qu'on attribue au défaut d'émulsion des corps gras par le suc pancréatique (Andral); enfin, un peu au-dessus de l'ombilic, *tumeur épigastrique*, marquée par la percussion, soulevée par les battements de l'aorte ventrale, et pouvant faire croire par conséquent à un anévrysme. — De plus, on peut observer les conséquences de la compression de la tumeur exercée sur les organes voisins, résultent : sur le conduit pancréatique, l'énorme *distension du pancréas*; sur les canaux biliaires, l'*ictère* et la *rétenction de la bile*; sur le pylore, les *tumeurs du cancer stomacal*; sur l'aorte, des troubles circulatoires entièrement semblables à ceux de l'*anévrysme* (Andral); et enfin, sur le péritoine, l'*ascite*.

Cette simple énumération de signes qui ne se trouvent jamais réunis, rend la série d'accidents de compression, qu'il est très-rare de rencontrer aussi joints à la rareté du cancer du pancréas indépendant de celui de l'estomac, rendent combien il doit être difficile au praticien de diagnostiquer l'affection, inévitable, en effet, qu'on la rapporte au cancer gastrique, dans la plupart des cas.

#### K. PÉRITOINE.

Le plus ordinairement, la lésion cancéreuse n'atteint le péritoine ou les méésentériques que secondairement à d'autres cancers abdominaux, et de manière limitée, sans susciter aucun signe bien important à constater en dehors de ceux de la lésion principale. Il peut arriver néanmoins, ainsi que nous avons rencontré un exemple, que le méésentère soit atteint dans une telle étendue qu'il produise, à la palpation du ventre, des masses de tumeurs dures, nombreuses, inégales, qu'on ne pourrait, avec l'ensemble des symptômes généraux de dépérissement cachectique, rapporter qu'à une affection cancéreuse.

Cependant de pareils faits sont très-rares; et il nous paraît qu'on abuse de la facilité que l'on met à diagnostiquer des tumeurs cancéreuses du méésentère lorsque l'on constate des tumeurs abdominales d'un diagnostic difficile.

#### L. REINS.

Une *douleur* profonde persistante, sourde ou très-aiguë, qu'il est facile

avec des douleurs rhumatismales ou avec une névralgie lombaire, est signe du cancer du rein, et elle doit faire penser au cancer rénal, si t après l'ablation d'un testicule cancéreux. Mais c'est surtout l'hématurie la tumeur appréciable du rein augmenté de volume, qui sont les signes du cancer de cet organe. L'hématurie est tantôt légère et idérable, et si elle existe sans coliques néphrétiques antérieures et it été rendu auparavant du sable ou des graviers dans l'urine, elle otôme important de cancer, surtout si elle est jointe à la douleur a état cachectique, à l'existence d'une tumeur cancéreuse manifeste tre organe. Lorsqu'il existe une tumeur rénale avec hématurie et nes que nous venons de rappeler, il ne peut y avoir de doutes bien sa nature cancéreuse ; mais si l'hématurie manque, on peut croire tion d'un autre organe : à droite, à une tumeur du foie ; à gauche, à scence de la rate ; enfin, Rayer a vu un cancer des ganglions lym- le la scissure du rein et des ganglions lymphatiques prélobaires tièrement un cancer rénal ; mais ici l'erreur est de peu d'import-

E.

de l'utérus, chez la femme, et celui du rectum, chez l'homme, peuvent essie et y déterminer des signes qu'il est important de connaître. La : douloureuse, et de plus difficile, soit parce que les parois épaissies de la vessie ne peuvent plus se contracter, soit parce qu'il résulte cancer vers le col de l'organe, un obstacle de plus en plus prononcé : l'urine. Les *envies d'uriner* sont fréquentes, ce qui dépend, ou de ésicale elle-même, ou de la présence d'une petite quantité de *sang* :. Le *cathétérisme* de la vessie démontre aussi que cet organe est : volume, et devenu inextensible, inégal et saignant au contact de

ostic, malgré ces différents signes, ne manquerait pas d'être obscur, onstatait en même temps un *cancer de l'utérus* ou du *rectum*, qui tement le point de départ de la lésion vésicale, et qui va même jusqu'à produire des fistules vésico-vaginales ou vésico-rectales.

S.

alisation du cancer est la plus fréquente relativement à celles des nes, et, sous ce rapport, son diagnostic présente au praticien un ét. L'exploration directe de l'utérus (toucher vaginal et spéculum) e rattacher les symptômes : 1° au cancer non ulcéré ; 2° au cancer

r non ulcéré de l'utérus est celui qui peut donner lieu aux difficultés es les plus nombreuses, surtout au début de la maladie. La *métro-* le symptôme du début le plus remarquable (Louis, R. Lee). Lorsque, e cette hémorrhagie, apparaissent, en dehors des époques menstruelles mme de quarante à cinquante ans, des *douleurs utérines*, des *pesan-* le *rectum*, et un *gonflement* du col utérin, avec dureté, irrégularités et pâleur, on doit, suivant Valleix, considérer la maladie comme con- a alors au niveau de l'utérus un sentiment de gêne, de plénitude, de surtout pendant la marche et la station assise ; *tiraillements*, *élan-* ans les lombes, les aines. Par le *toucher vaginal*, outre l'augmen- olume du col (souvent seul affecté), outre sa dureté et ses bosselures, onstater sa déviation, sa *mobilité* ou son *immobilité*, et son *enclave-* le bassin par suite de son excès de volume et des adhérences qu'il a

contractées. Ces différents signes mettent hors de doute l'existence du cancer utérin, surtout si le toucher rectal fait reconnaître aussi la dureté bosselée de l'utérus, et si l'examen au spéculum montre la déformation du col. On y constate, suivant Marjolin, des petites tumeurs isolées, un engorgement bosselé plus étendu, une tuméfaction des lèvres du col dures à leur base molles à leur surface, ou enfin un engorgement général, irrégulier, obscur. Les hémorrhagies plus ou moins fréquentes et abondantes, et le colorant souvent rosé, roussâtre, parfois grisâtre et sanguinolent, d'une odeur fade et nauséabonde, mais non encore pénétrante comme plus tard, sont en des signes importants de la maladie. Il est plus rare de constater des *sensations douloureuses* dans les seins, qui sont devenus volumineux et durs, un *mal* *inexprimable*, des *douleurs vives* dans diverses parties du corps (Téa).

Lorsque le cancer est ulcéré, les *douleurs* sont toujours plus *vives*, surtout à la palpation et la percussion. Par le toucher vaginal et rectal, l'utérus augmenté de volume est trouvé ramolli partiellement ou en totalité; donnant, dans ce dernier cas, une sensation de *crépitation* (Duparque). On peut constater : des *ulcérations* déprimées et à bords durs, des végétations variables, la destruction plus ou moins complète du col, dont l'orifice est élargi, et même destruction des parties voisines, envahies par les progrès de l'affection, *écoulement* abondant, ichoreux, d'une odeur repoussante particulière, si importante qu'on est obligé d'isoler les malades, surtout lorsque le cancer, envahi la vessie et le rectum, a converti dès lors le vagin en un cloaque. L'altération peut s'étendre aussi aux ligaments larges, aux trompes, ovaires, comme aux ganglions lymphatiques de l'abdomen, au niveau desquels on peut constater des tumeurs supplémentaires, et enfin au plexus sacral ce qui occasionne une *névralgie fémoro-poplitée* double. C'est surtout à la seconde période que l'on voit apparaître tous les signes de la cachexie cancéreuse, les complications communes à tous les cancers, et en particulier les inflammations des organes voisins (péritonite, abcès des ligaments larges), *phlegmatia alba dolens*, due à des coagulations ou thromboses veineuses.

Le diagnostic de ces cas extrêmes ne présente pas la moindre difficulté, la maladie ne saurait être méconnue lorsqu'ils se présentent et que, par exemple, au dépérissement général se joignent des métrorrhagies antérieures, un écoulement abondant, sanieux, d'une odeur fétide et pénétrante, et une induration volumineuse, bosselée et irrégulière du col utérin, plus ou moins détruit par le ramollissement ulcéreux de la tumeur. Mais on est souvent appelé à se prononcer dans des faits douteux ou encore mal caractérisés.

On a insisté avec raison sur la confusion que l'on pourrait faire de la *metrorrhagie chronique* avec le cancer de l'utérus, lorsqu'il n'y a encore ni ramollissement ni cachexie manifeste. Sans admettre comme prouvée l'opinion des pathologistes qui regardent la métrite comme le premier degré du cancer, je ferai remarquer avec Valleix que, dans le cancer, avant son ramollissement, il y a des hémorrhagies au début, le col utérin résiste fortement et inégalement sous le doigt, présente des bosselures irrégulières, une coloration ordinairement pâle et farde, un écoulement ténu, roussâtre, grisâtre, puis rosé; et que dans la *metrorrhagie chronique*, au contraire, il y a plutôt dysménorrhée, le col de l'utérus offre une résistance égale et moins prononcée, un développement uniforme, une coloration presque toujours d'un rouge sombre, et enfin un écoulement muco-purulent. Sans doute il y a des métrites avec inégalité du col utérin, et des cas rapides ou qui présentent une coloration d'un rouge sombre, mais ce sont là des cas peu ordinaires, et les seuls d'ailleurs qui jettent dans l'incertitude.

lors que l'interrogatoire et l'examen attentifs du sujet seront surtout indispensables.

Le prolapsus ou la *chute de la matrice*, qui est mobile, et qu'il est facile de mettre en place, ne peut nullement se confondre avec un cancer, à moins qu'on ne se livre à un examen très-superficiel. — Les métrorrhagies produites par la présence d'un *polype intra-utérin* pourraient en imposer pour un cancer à son début, surtout après avoir déterminé de l'anémie, et si le corps de l'utérus est lourd et paraît gonflé. Mais d'abord, dit à cette occasion Valleix, il faut remarquer que le cancer de l'utérus, borné au corps de l'organe, est de beaucoup le plus rare, ce qui doit déjà inspirer des doutes. Ensuite, si l'on touche sur le rectum, on trouve la matrice uniformément développée, sans bosselures; l'anémie causée par un polype ne ressemble que très-imparfaitement à la cachexie cancéreuse; et enfin on ne remarque pas, dans les matières excrétées, cette odeur particulière signalée plus haut (*Guide du méd. pratic.*, 5<sup>e</sup> édit., Paris, 1866, t. V, p. 190). — L'*ulcère simple* du col de l'utérus est, dans certains cas seulement, bien difficile à distinguer de l'*ulcère cancéreux* à son début; car, dans les cas ordinaires, le peu de profondeur de l'*ulcère* non cancéreux, ses bords sans dureté ni saillie, et l'écoulement non fétide qu'il fournit, suffisent parfaitement au diagnostic. — Il n'en est pas de même pour les *ulcères vénériens*, dont les caractères peuvent offrir la plus grande analogie avec ceux de l'*ulcère cancéreux*. On n'a alors pour s'éclairer que les antécédents, la marche de l'affection et l'existence de traces de lésions syphilitiques dans une autre partie du corps, ou bien des lésions soit syphilitiques, soit cancéreuses, dans un autre organe que l'utérus. Enfin le traitement spécifique de la syphilis fera disparaître l'ulcération, si elle est vraiment vénérienne, et sera sans effet sur elle, comme tous les autres traitements, si elle est cancéreuse.

Aran a signalé comme complication ultime du cancer utérin des accidents *urémiques* (céphalalgie, délire, vomissements, coma). Wannebroucq en a relaté deux cas (*Bulletin méd. du Nord*, 1864). J'en ai observé aussi deux exemples à Cochin. Ces accidents sont la conséquence de la compression des uretères par la tumeur cancéreuse, alors considérable.

#### O. OVAIRE.

On a remarqué, relativement au cancer de l'ovaire, qui est tantôt primitif et tantôt consécutif à celui de l'utérus, que ses symptômes étaient ordinairement les mêmes que ceux des kystes multiloculaires. Il peut arriver même qu'une des loges du kyste, plus dilatée que les autres, ne contienne qu'un liquide séreux qui, évacué pendant la vie par la ponction, en impose pour un kyste simple (*Voy. KYSTES de l'ovaire*). De pareils cas sont certainement rares; mais ils montrent la difficulté du diagnostic dans les cas en apparence les plus simples.

Ce sont en définitive les signes généraux de la maladie cancéreuse que j'ai rappelés au commencement de cet article qui peuvent faire non diagnostiquer, mais soupçonner seulement la nature cancéreuse de la tumeur de l'ovaire.

#### P. GANGLIONS LYMPHATIQUES.

La dégénérescence cancéreuse des ganglions lymphatiques est le plus souvent isolée et symptomatique d'une lésion cancéreuse située dans leur zone lymphatique. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, comme celui qui a été rapporté par J. Bouillaud (*Arch. de méd.*, 1824, t. VI), que la généralité des ganglions devient primitivement cancéreuse. Il ne faudrait pas considérer comme une affection de cette nature la *cachexie lymphatique* (*Voy. ces mots*).

**CANCROIDES.** — Toutes les tumeurs comprises par H. Lebert sous cette



2° *Inductions diagnostiques.* — L'immobilisation des contractions musculaires, survenant par accès plus ou moins prolongés, est le signe pathognomonique de la catalepsie, dont la constatation n'offre aucune difficulté. Parmi les questions complémentaires du diagnostic, la plus importante est celle de déterminer si la catalepsie est primitive ou secondaire. Cette dernière forme a été observée, en effet, dans un assez grand nombre de maladies : dans divers genres de folie, dans l'hystérie, le tétanos, les fièvres intermittentes, et dans certaines maladies aiguës, telles que des affections cérébrales et la fièvre typhoïde. On a rapporté également des faits très-probants de catalepsie vermineuse (Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 54). J'ai observé une catalepsie chez une jeune fille hystérique, atteinte de choléra épidémique, et chez laquelle la catalepsie sembla avoir été provoquée par les crampes cholériques (*Annales méd.-psych.*, 2<sup>e</sup> sér., t. III). Enfin le docteur Vogt (de Wurzburg) a signalé la catalepsie comme endémique et héréditaire dans le village de Billingshausen, où la moitié de la population en aurait été atteinte, sans que la cause ait pu être déterminée.

3° Le pronostic de la catalepsie ne doit être formulé comme inquiétant que dans les cas de complications, et lorsque la catalepsie se transforme en une autre névrose plus grave, comme l'épilepsie. L'hystérie, des convulsions caractérisent aussi cette transformation. En général, le pronostic est peu grave. On a vu l'apparition du flux menstruel enrayer complètement la maladie.

**CATARRHE.** — On ne voit nullement la nécessité de conserver l'expression de catarrhe ou de maladies catarrhales dans la pathologie, si ce n'est comme expression d'un phénomène d'hypersécrétion accidentelle des muqueuses. Cette hypersécrétion constitue simplement un symptôme ou signe ordinairement lié à l'inflammation aiguë ou chronique des muqueuses, à des flux sans inflammation, quelquefois à la simple CONGESTION des muqueuses. Les phénomènes aigus du catarrhe sont principalement observés dans la GRIPPE, dans la ROUGEOLE à son début, et dans plusieurs autres maladies fébriles.

**CATHÉTÉRISME.** — A défaut d'autre expression plus convenable, on doit appliquer celle de cathétérisme à l'introduction, faite dans des buts divers, de tiges solides, pleines (stylets) ou creuses (sondes ou bougies) dans des conduits naturels ou accidentels. Ainsi envisagé, le cathétérisme est utile au diagnostic médical, comme un moyen d'exploration des fosses nasales, du larynx, de l'œsophage, de la vessie, de la cavité utérine, et enfin des plaies fistuleuses communiquant avec les viscères (*Voy.* DÉVIATIONS UTÉRINES, FISTULES, LARYNX, ŒSOPHAGE, etc.).

### CAVERNEUX (Phénomènes).

1° *Caractères.* — Le bruit respiratoire caveux est un souffle inspiratoire et expiratoire que peut remplacer un râle à grosses bulles, appelé gargouillement, lorsque la cavité dans laquelle se passe le phénomène acoustique est obstruée par des liquides. La résonnance caveuse de la voix et de la toux semble, comme le souffle caveux, se passer dans des cavités pulmonaires moins vastes que pour les bruits dits amphoriques, et plus vastes au contraire que pour les bruits dits bronchiques. On ne saurait donner une définition plus précise de ces sensations acoustiques. C'est ce qui fait que Skoda, se fondant sur ce que, de la respiration soufflante la plus faible au souffle amphorique le mieux caractérisé, il existe des nuances intermédiaires infinies qui s'enchaînent insensiblement les unes avec les autres, a nié l'existence du souffle et des autres bruits caveux, attribués à la présence des cavernes. Cette manière de voir

pulmonaire, une gangrène du poulmon, une dilatation des bronches, un poulmon.

Le passage du phénomène caveurueux au sommet des poulmons sera déjà une présomption de l'existence d'*excavations tuberculeuses*, les plus fréquentes, et le point de départ aussi le plus fréquent des phénomènes caveurueux. La *dilatation des bronches* en ampoule qui donne lieu aux mêmes signes, en effet, ordinairement vers la base ou la partie moyenne postérieure des poulmons, et ne s'accompagne pas de dépérissement comme la gangrène pulmonaire, ce qui est, entre plusieurs autres, un excellent signe. — Les signes caveurueux seront facilement rapportés à la *gangrène pulmonaire* lorsqu'ils seront dus à cette lésion, l'odeur infecte spéciale qui se dégage de la poitrine et des crachats persistant depuis un certain temps déjà, l'excavation pulmonaire s'effectue. — Enfin on n'admettra qu'avec une réserve, même à la suite des signes manifestes d'une pneumonie, l'existence d'une caverne due à un *abcès* qui serait la conséquence de cette pneumonie. Cette réserve est commandée par la confusion que l'on a si souvent faite entre les *abcès* pneumoniques avec des collections purulentes partielles de la plèvre communiquant avec les bronches.

Les bruits caveurueux peuvent être perçus non-seulement au niveau des poulmons, mais aussi du *foie*. C'est en effet ce que Bricheteau a observé au niveau du *foie* résultant de la rupture d'un kyste hydatique du foie dans les bronches. Il avait en même temps du gargouillement et un son tympanique à la percussion. Spœrer a aussi constaté un gargouillement caveurueux au niveau du *foie* au moment des grandes inspirations, par suite de la rupture d'un *abcès* dans les bronches, *à travers le foie* (*Arch. de méd.*, 1842, t. XIV).

Comme les bruits caveurueux ne paraîtront pas dépendre de l'existence d'une caverne, il faudra rechercher la cause des consonnances pseudo-caverneuses par la transmission des bruits trachéaux ou bronchiques, due à la compacité du thorax, non comprimé, ou bien à une tumeur du poulmon ou du médiastin.



**CHLORHYDRIQUE** (Acide). } *Voy. EMPOISONNEMENTS.*  
**CHLOROFORME.**

**CHLOROSE.** — Depuis que l'anémie a été étudiée avec soin dans ses différentes conditions pathologiques, on ne peut plus considérer la chlorose autrement que comme une forme d'anémie, présentant quelques particularités accessoires, insuffisantes pour caractériser une maladie spéciale. Ces particularités sont : l'apparition de l'anémie à l'époque de la *puberté* chez les jeunes filles, et la coïncidence de troubles menstruels de trois espèces : l'AMÉNORRÉE, la DYSMÉNORRÉE, ou la MÉNORRHAGIE.

Cette manière d'envisager la chlorose est celle de beaucoup d'observateurs, et elle me paraît être la vraie. Rien ne prouve, en effet, que les troubles menstruels produisent l'ensemble des symptômes observés, tandis que l'on peut rattacher ordinairement ces symptômes à de mauvaises conditions hygiéniques particulières, ou bien à une altération manifeste des fonctions digestives. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on se forme de la chlorose, on doit, au point de vue exclusif du diagnostic, le seul qui nous occupe, la considérer comme nous venons de le faire, et comme nous l'avons fait déjà au mot ANÉMIE (p. 60).

**CHOC** (Bruits de). — Les bruits de choc que produisent la systole du cœur au niveau de la région précordiale, et les battements des tumeurs anévrysmales, ne sont pas les seuls que l'on puisse percevoir à l'auscultation, au niveau de la poitrine.

Aran a constaté, chez un malade atteint d'hydropneumo-thorax du côté droit, et à la suite d'une quatrième thoracentèse, une espèce de bruits de frottement très-rude qui se produisait seulement pendant la toux, et qui se percevait à la base de la poitrine, en dehors et à droite. Ce bruit de choc ou de percussion donnait la sensation d'un corps distendu brusquement et venant frotter contre le feuillet pariétal de la plèvre. Aran attribue ce phénomène, dont le malade avait conscience, au *choc du poumon* contre les parois de la poitrine. Le bruit très-rude était, en effet, tout à fait semblable à un coup fort et sec porté de l'intérieur contre les parois thoraciques, et sa situation variait suivant les positions que prenait le malade.

**CHOLÉCYSTITE** (INFLAMMATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE). — 1<sup>re</sup> *Étiologies du diagnostic.* — L'ensemble des signes de cette affection, qui s'observe presque toujours chez des individus qui ont des calculs biliaires, est le suivant : *douleur* très-vive survenant au-dessous du rebord des fausses côtes droites, augmentant par la pression, la respiration et les mouvements du tronc ; *ictère*, *vomiturations*, *fièvre* ; constatation d'une *tumeur* avec empâtement, *fluctuation*, et, comme conséquence, un *abcès* tantôt se dirigeant vers l'extérieur, donnant issue à du *pus mélangé de bile*, à des *calculs*, et suivi de  *fistule*, tantôt s'ouvrant dans l'intestin adhérent ou dans le péritoine.

2<sup>e</sup> *Inductions diagnostiques.* — Lorsque chez un malade présentant déjà les signes de calculs biliaires, c'est-à-dire une *colique hépatique*, ou bien dans le cours d'une fièvre grave et notamment dans l'affection typhoïde, comme l'a observé Louis, on voit survenir les premiers des phénomènes que je viens de rappeler, et notamment la douleur localisée et la fièvre, on devra soupçonner l'existence d'une inflammation aiguë de la vésicule biliaire. On en aura la certitude si l'inflammation se terminant par un *abcès*, on parvient à diagnostiquer la collection purulente, dans le cours de la maladie, grâce à une *tumeur fluctuante inflammatoire*, débordant les fausses côtes droites, et à plus forte raison si l'on se forme un *abcès* extérieur ayant les caractères que j'ai rappelés.

remède, sans relâchement de mort. On commença par le remarquable de  
ervation fut un accès de colique hépatique avec ictère et vomissements,  
dix ans auparavant, et qui ne s'était reproduit que tout récemment,  
d'une santé florissante depuis les premiers accidents. Or, l'autopsie  
d'un calcul gros comme une olive obstruait le canal cholédoque, et  
vingtaine de calculs plus petits étaient contenus dans l'abcès de la vési-  
cule. Cela démontre que les accès antérieurs de colique hépatique sont une  
cause très-utile à connaître comme indiquant l'existence de calculs anciens  
neux, cause ordinaire de la cholécystite.

initive, le diagnostic positif de l'inflammation de la vésicule biliaire ne  
asser que sur l'existence de l'abcès. Mais cet abcès lui-même, lorsqu'il  
fond, peut facilement se confondre avec d'autres tumeurs fluctuantes  
chondre. J. L. Petit (*Mém. de l'Acad. chir.*, t. I, p. 147) a exposé les  
s différentiels de l'abcès de la vésicule et de l'abcès du foie ou de la  
lue à la rétention de la bile.

es du foie, suivant lui, ne présente pas une fluctuation aussi facile à  
r que l'abcès de la vésicule, et cette fluctuation est entourée d'une  
aucoup plus marquée. On peut ajouter que le siège de l'abcès de la  
est toujours le même sous les côtes, près du muscle droit, tandis que  
l'abcès du foie est souvent différent. Enfin la marche de la maladie  
la même dans les deux cas. La confusion n'aurait d'ailleurs qu'une  
ce secondaire, si l'on prenait ces abcès l'un pour l'autre. — Il n'en serait  
même si l'on prenait pour un abcès de la vésicule la *rétention de la bile*  
réservoir, ainsi que plusieurs faits malheureux d'opérations inoppor-  
ont démontré. Suivant J. L. Petit, la douleur est de plus longue durée  
abcès que dans la rétention biliaire; elle est pulsative; lorsqu'elle dimi-  
ne ne laisse pas le malade dans un état de bien-être aussi complet que  
la douleur due à la rétention s'est calmée. Les frissons irréguliers sont  
gs, et ils sont suivis de chaleur et de moiteur. La fluctuation est moins  
ment manifeste; elle commence par le point le plus saillant pour

dénomination, et qui affectent la peau et les muqueuses, où elles s'ulcèrent et envahissant successivement les tissus voisins et même les ganglions lymphatiques correspondants, étaient comprises autrefois à tort parmi les cancers. Les cancroïdes sont dus à l'hypertrophie d'éléments histologiques normaux ou homologues : glandes cutanées ou muqueuses, papilles et épithélium, tissu fibreux, tissu plastique et derme lui-même. Dans les cancroïdes se trouve compris le même tanger, l'esthiomène, etc. La microscopie n'eût-elle rendu que le service d'avoir isolé la classe des cancroïdes comme distincte des véritables lésions cancéreuses, qu'on devrait lui être très-reconnaissant de ce progrès (*Mém. de la Soc. méd. d'observation*, t. III).

**CANTHARIDES.** — Voy. EMPOISONNEMENTS.

**CAPSULES SURRÉNALES.** — Voy. BRONZÉE (Peau), et CACHEXIE.

**CARCINOME.** — Voy. CANCER.

**CARDITE.** — Cette affection, étudiée par Bouillaud, par Hasse, Gluge, Stokes, n'a pas de symptômes propres. Stokes l'explique en faisant remarquer que la désorganisation inflammatoire des fibres musculaires est précédée de paralysie, et que la mort doit survenir avant que les lésions puissent se produire au cœur. Quand la myocardite (ainsi que Stokes appelle la cardite) est localisée et va jusqu'à la suppuration, les signes n'en sont pas plus caractéristiques comme le montrent les quelques faits publiés. Ces signes ne diffèrent pas de ceux de l'endocardite, ainsi que Bouillaud l'a fait remarquer depuis longtemps.

**CAROTIDES.** — Ces artères n'ont d'importance pour le médecin que par les signes qu'on y perçoit. Leurs pulsations, habituellement profondes et invisibles, deviennent visibles dans certaines maladies (Voy. PULSATIONS). Lorsqu'un malade est trop agité pour que l'on puisse explorer le pouls radial, on peut rechercher le pouls au niveau des carotides, en pressant avec la pulpe des doigts en dedans du bord interne du tiers inférieur du muscle sterno-mastoïdien. Mais l'exploration la plus fréquente que l'on ait à faire au niveau de ces artères est celle des bruits carotidiens à l'auscultation. Ces bruits, souvent mieux entendus au niveau de la carotide droite que de la gauche, peuvent paraître continus avec ou sans renforcement isochrone aux battements du cœur, être plus ou moins soufflants, piaulants, musicaux. On a beaucoup discuté, et l'on discute encore, sur la question de savoir si les souffles vasculaires perçus au niveau des vaisseaux du cou se passent dans la carotide ou dans les veines limitrophes. Je m'en suis occupé déjà au mot ANÉMIE, et j'y reviendrai à l'article VASCULAIRES (Bruits), car c'est une question des plus importantes pour le diagnostic.

Les oblitérations emboliques ou autres de la carotide interne produisent un RAMOLLISSMENT du cerveau.

**CARPHOLOGIE.** — Voy. AGONIE.<sup>1</sup>

**CARREAU.** — Les auteurs modernes, et entre autres Barthéz et Rilliet, donnent le nom de carreau ou de phthisie mésentérique à la tuberculisation considérable des ganglions du mésentère. Envisagée ainsi, la maladie n'affecte que l'enfance, entre la cinquième et la dixième année, et, même à cette époque de la vie, elle constitue une maladie rare.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les signes principaux de la maladie sont d'après la monographie de Barthéz et Rilliet : des signes de tuberculisation dans d'autres organes; une diarrhée qui dépend d'ulcérations intestinales, et la voracité particulière qui a été indiquée par quelques auteurs; des tumeurs sensibles à la palpation, toujours situées au voisinage de l'ombilic, indolentes à la pression, plus ou moins volumineuses, inégales, fixes ou mobiles; des signes de compression des nerfs et des troncs vasculaires, tels que crampes et œdème



bres inférieurs, ascite peu considérable, et surtout *dilatation des superficielles du ventre.*

*Actions diagnostiques.* — La présence des tumeurs constatées par la palpation dans la région ombilicale, et les accidents de compression, constituent, chez des sujets, les bases du diagnostic. Barthéz et Rilliet attachent une grande importance à la dilatation des veines de l'abdomen lorsqu'elles se dilatent en rameaux flexueux jusqu'à la poitrine, s'il n'existe pas de tuméfaction du foie ou des signes de péritonite chronique. A une époque où l'on ne connaissait l'existence du carreau chez tous les enfants qui présentaient une tumeur volumineuse, on a nécessairement commis bien des erreurs de diagnostic, et, admettant souvent l'existence de la maladie alors qu'elle n'existait pas, on sait aujourd'hui que la tuméfaction de l'abdomen n'est pas constante dans la phthisie mésentérique, et que la même tuméfaction peut se rencontrer dans un grand nombre d'autres circonstances; il est inutile de les rappeler, attendu que leur présence dans l'affection qui m'occupe est très-secondaire.

Les tumeurs abdominales autres que des ganglions tuberculeux pourraient donner lieu à une erreur, et faire croire à l'existence du carreau lorsqu'il n'existe pas. On trouve souvent des *matières fécales accumulées* dans quelques points de l'intestin (dans le cæcum, par exemple), mais dont le siège vers le flanc ou la fosse iliaque est facile à reconnaître, et la disparition sous l'influence d'un purgatif, sont assez caractéristiques. On trouve encore les *tumeurs tuberculeuses* développées dans l'épiploon, au voisinage de l'ombilic, qui ne peuvent d'ailleurs donner lieu à une erreur fondamentale. Quant aux tumeurs non tuberculeuses du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas, il faudrait examiner bien superficiellement l'enfant pour les reconnaître, et les confondre avec des ganglions tuberculeux.

Il ne faut pas oublier qu'il peut survenir, comme complications : une *péritonite aiguë* due à la présence des tumeurs tuberculeuses des ganglions, ou un *étranglement intestinal* par des brides d'adhérences qui se sont formées dans le péritoine (Guersant).

*Pronostic.* — Le pronostic de la phthisie mésentérique est subordonné à l'état général, et les accidents locaux qui en dépendent sont bien loin de déterminer la gravité de ceux qui déterminent les tubercules des ganglions bronchiques ou ceux développés dans le péritoine. Plusieurs auteurs pensent même que les tubercules des ganglions mésentériques peuvent guérir, s'appuyant sur leur transformation crétacée, qui a été plusieurs fois bien constatée. **PROGNOSE** (Frémissement). — Voy. ce dernier mot.

**CATALEPSIE.** — 1° *Éléments du diagnostic.* — Cette névrose, à laquelle Bourdin (1841) et T. Puel (*Mém. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1856), ont consacré des traités spéciaux, est caractérisée par des accès survenant tout à coup et pendant lesquels l'intelligence et les fonctions sensoriales sont tout à fait abolies, dans la plupart des cas, en même temps que les mouvements volontaires, la vie de relation restant dans le degré de contraction dans lequel elle se trouvait à l'accès, quelque pénible ou bizarre que soit la position. On peut constater la tension des muscles du malade, mais alors ils conservent la nouvelle position qu'on leur donne; cependant il survient assez souvent et peu à peu des tremblements involontaires et des oscillations qui font revenir le membre ou le membre tout entier à un point d'appui. En même temps, la *mastication* est impossible, et dans les cas rares où les malades mangent avec avidité ce qu'on leur met sous la bouche (Bourdin); la *température* des extrémités est sensiblement abaissée, la *circulation* lente et faible, de même que la *respiration*; le *pouls* est normal.

2° *Inductions diagnostiques.* — L'immobilisation des contractions musculaires, survenant par accès plus ou moins prolongés, est le signe pathognomonique de la catalepsie, dont la constatation n'offre aucune difficulté. Parmi les questions complémentaires du diagnostic, la plus importante est celle de déterminer si la catalepsie est primitive ou secondaire. Cette dernière forme a été observée, en effet, dans un assez grand nombre de maladies : dans divers genres de folie, dans l'hystérie, le tétanos, les fièvres intermittentes, et dans certaines maladies aiguës, telles que des affections cérébrales et la fièvre typhoïde. On a rapporté également des faits très-probants de catalepsie vermineuse (Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 54). J'ai observé une catalepsie chez une jeune fille hystérique, atteinte de choléra épidémique, et dans laquelle la catalepsie sembla avoir été provoquée par les crampes cholériques (*Annales méd.-psych.*, 2<sup>e</sup> sér., t. III). Enfin le docteur Vogt (de Wurzburg) a signalé la catalepsie comme endémique et héréditaire dans le village de Billingshausen, où la moitié de la population en aurait été atteinte, sans que l'on ait pu être déterminée.

3° Le pronostic de la catalepsie ne doit être formulé comme inquiet que dans les cas de complications, et lorsque la catalepsie se transforme en une autre névrose plus grave, comme l'épilepsie. L'hystérie, des convulsions caractérisent aussi cette transformation. En général, le pronostic est peu grave. On a vu l'apparition du flux menstruel enrayé complètement la maladie.

**CATARRHE.** — On ne voit nullement la nécessité de conserver l'expression de catarrhe ou de maladies catarrhales dans la pathologie, si ce n'est comme expression d'un phénomène d'hypersécrétion accidentelle des muqueuses. Cette hypersécrétion constitue simplement un symptôme ou signe ordinairement de l'inflammation aiguë ou chronique des muqueuses, à des flux sans inflammation, quelquefois à la simple CONGESTION des muqueuses. Les phénomènes aigus de catarrhe sont principalement observés dans la GRIPPE, dans la ROUGEOLE à son début, et dans plusieurs autres maladies fébriles.

**CATHÉTÉRISME.** — A défaut d'autre expression plus convenable, on doit appliquer celle de cathétérisme à l'introduction, faite dans des buts divers, de tiges solides, pleines (stylets) ou creuses (sondes ou bougies) dans des conduits naturels ou accidentels. Ainsi envisagé, le cathétérisme est utile au diagnostic médical, comme un moyen d'exploration des fosses nasales, du larynx, de l'œsophage, de la vessie, de la cavité utérine, et enfin des plaies fistuleuses communiquant avec les viscères (Voy. DÉVIATIONS UTÉRINES, FISTULES DU LARYNX, ŒSOPHAGE, etc.).

### CAVERNEUX (Phénomènes).

1° *Caractères.* — Le bruit respiratoire caveux est un souffle inspiratoire et expiratoire que peut remplacer un râle à grosses bulles, appelé *gargouillement*, lorsque la cavité dans laquelle se passe le phénomène acoustique est obstruée par des liquides. La résonnance caveuse de la voix et de la toux semble, comme le souffle caveux, se passer dans des cavités pulmonaires moins vastes que pour les bruits dits amphoriques, et plus vastes au contraire que pour les bruits dits bronchiques. On ne saurait donner une définition précise de ces sensations acoustiques. C'est ce qui fait que Skoda, se fondant sur ce que, de la respiration soufflante la plus faible au souffle amphorique le moins caractérisé, il existe des nuances intermédiaires infinies qui s'enchaînent insensiblement les unes avec les autres, a nié l'existence du souffle et des autres bruits caveux, attribués à la présence des cavernes. Cette manière de

gérée en ce qu'elle rejette le principe des types de convention indispensable pour décrire les phénomènes de sensation.

**Conditions pathologiques et signification.** — Ces bruits caverneux ne pas être pris dans le sens absolu qu'ils semblent indiquer : l'existence d'une cavité d'une cavité pulmonaire pour que les bruits se produisent. Ici, en aurais à rappeler d'autres conditions que j'ai indiquées déjà à propos des phénomènes amphoriques et qui peuvent indifféremment susciter la manifestation des phénomènes amphoriques ou caverneux, sans cavité accidentelle.

La condition pathologique la plus fréquente des bruits caverneux, la première chose sera de rechercher s'il n'existe pas une lésion pulmonaire, une gangrène du poumon, une dilatation des bronches, un anévrysme du poumon.

Le siège du phénomène caverneux au sommet des poumons sera déjà une présomption de l'existence d'*excavations tuberculeuses*, les plus fréquentes causes, et le point de départ aussi le plus fréquent des phénomènes caverneux. — La dilatation des bronches en ampoule qui donne lieu aux mêmes bruits, en effet, ordinairement vers la base ou la partie moyenne postérieure des poumons, et ne s'accompagne pas de dépérissement comme la lésion pulmonaire, ce qui est, entre plusieurs autres, un excellent signe différentiel. — Les signes caverneux seront facilement rapportés à la gangrène pulmonaire lorsqu'ils seront dus à cette lésion, l'odeur infecte spéciale qui exhale de la poitrine et des crachats persistant depuis un certain temps déjà, que l'excavation pulmonaire s'effectue. — Enfin on n'admettra qu'avec une grande réserve, même à la suite des signes manifestes d'une pneumonie, l'existence d'une cavité due à un abcès qui serait la conséquence de cette maladie. Cette réserve est commandée par la confusion que l'on a si souvent faite des abcès pneumoniques avec des collections purulentes partielles de la plèvre communiquant avec les bronches.

Les bruits caverneux peuvent être perçus non-seulement au niveau des poumons, mais aussi du foie. C'est en effet ce que Bricheteau a observé au niveau d'une cavité résultant de la rupture d'un kyste hydatique du foie dans les bronches; il y avait en même temps du gargouillement et un son tympanique à la percussion. Spœrer a aussi constaté un gargouillement caverneux au niveau du foie, au moment des grandes inspirations, par suite de la rupture d'un abcès du rein dans les bronches, à travers le foie (*Arch. de méd.*, 1842, t. XIV).

Lorsque les bruits caverneux ne paraîtront pas dépendre de l'existence d'une cavité, il faudra rechercher la cause des consonnances pseudo-caverneuses dues à la transmission des bruits trachéaux ou bronchiques, due à la compacité du poumon comprimé, ou bien à une tumeur du poumon ou du médiastin (*voy. AMPHORQUES [Phénomènes]*, p. 49).

**CELLULES.** — *Voy. MICROSCOPIE.*

**CÉPHALALGIE.** — 1<sup>o</sup> *Caractères.* — Les douleurs de tête auxquelles on a donné le nom de céphalalgie sont générales ou limitées. Lorsqu'elles sont articulaires, ces douleurs occupent une moitié latérale du crâne (hémicranie), la région frontale, l'occiput ou une autre région, parfois même un espace très-limité, comme les foyers de douleurs névralgiques. Envisagée en elle-même, la céphalalgie ne présente pas de caractères qui diffèrent de ceux que j'ai rappelés sous le mot DOULEUR. C'est à tort que l'on a donné, comme un complément du tableau descriptif de la céphalalgie, des phénomènes concomitants se rattachant aux conditions pathologiques de ce signe, puisqu'ils en sont l'origine au lieu d'en être la conséquence.

2° *Conditions pathologiques.* — Les affections qui sont précédées ou qui s'accompagnent de céphalalgie sont très-nombreuses, et il me paraît inutile de les rappeler toutes en détail. Il en est un grand nombre, en effet, dans lesquelles la douleur de tête joue un rôle trop secondaire pour que sa constatation soit d'une grande utilité pour le diagnostic. Ce n'est que dans les maladies dans lesquelles la céphalalgie est prédominante, comme signe, qu'il est important d'en signaler la valeur. Cette valeur ressort des caractères, de la marche de la douleur, et principalement des phénomènes qui coïncident avec elle.

Pour rechercher quelle est la condition pathologique de la céphalalgie constatée, il faut se demander si elle est superficielle ou profonde, afin de rechercher si elle se rattache à une affection des parois du crâne, ou bien aux organes intra-crâniens, à un organe éloigné, ou enfin à une maladie générale.]

Si la peau du crâne n'offre aucune lésion qui puisse immédiatement expliquer la céphalalgie, un *érysipèle*, par exemple, il faut avant tout rechercher si la douleur est *névralgique*. Limitée alors ordinairement d'un seul côté du crâne, par moments lancinante, et se montrant par accès, elle ne saurait alors être méconnue, si l'on trouve comme confirmation les foyers douloureux de la névralgie. On peut rencontrer aussi de la DERMALGIE au niveau du cuir chevelu. La MIGRAINE n'est le plus souvent qu'une forme particulière de névralgie, mais d'autres fois elle constitue une céphalalgie d'origine très-complexe. — Si la douleur se montre surtout pendant les mouvements que les muscles impriment aux téguments du crâne ou aux muscles crotaphiques pendant la mastication, il s'agira d'un *rhumatisme musculaire*. — Enfin si la céphalalgie revient la nuit chez un individu atteint de syphilis constitutionnelle, on soupçonnera l'existence de douleurs ostéocopes.

Il est à remarquer que les douleurs superficielles que je viens de rappeler se montrent le plus souvent par accès, tandis que la céphalalgie plus profonde qui a son origine dans une affection des méninges ou des centres nerveux intra-crâniens, est ordinairement plus continue et à marche progressive. Elle est remarquable par son intensité et sa persistance comme premier symptôme de méningite; et, s'il s'y joint des vomissements, surtout chez un jeune sujet, ou chez un adulte tuberculeux, il y a tout lieu de craindre le développement de cette maladie. — La simple congestion cérébrale, soit simple, soit comme phénomène précurseur d'une *hémorrhagie du cerveau*, peut produire une douleur de tête variable d'intensité. Elle est parfois très-persistante, comme celle qui précède l'*hémorrhagie méningée* chez les vieillards, le ramollissement cérébral, de même que la céphalalgie qui s'observe comme signe des *affections organiques* des centres nerveux intra-crâniens. Ces affections, en général, comptent la céphalalgie au nombre de leurs symptômes les plus fréquents. Le siège de la céphalalgie due à une affection interne ne correspond pas toujours à la partie de l'encéphale qui est affectée; on ne devra donc pas attacher à cette donnée une valeur absolue.

Dans les organes plus ou moins éloignés, on peut également trouver le point de départ de la céphalalgie; mais alors elle est ordinairement de valeur moindre. Certaines affections du foie ou du tube digestif (dyspepsie, constipation, entozoaires), et toutes celles qui congestionnent indirectement le cerveau, sont des causes de ce genre. Telles sont encore les inflammations locales voisines du cerveau : le *coryza*, l'*otite*, l'*ophtalmie*, etc.

Les *maladies générales*, ou les états généraux qui affectent toute l'économie, produisent très-souvent une céphalalgie dont il faut d'abord rechercher l'origine dans le mouvement fébrile et dans les fièvres graves. La douleur de

est un des principaux symptômes de l'invasion de la *fièvre typhoïde*; il en est le même du *typhus fever*, de la *suette*, des *fièvres éruptives* en général. La céphalalgie est atroce dans certains accès de *fièvre pernicieuse*, et elle se fait quelquefois très-rebelle comme accident consécutif d'accès de fièvre intermittente simple. — Dans les *névroses*, la céphalalgie n'est pas moins fréquente que dans les *fièvres*. Elle est surtout remarquable dans l'*hystérie*; elle se trouve chez les six septièmes des malades, suivant Briquet (300 sur 356), et occupe également les parties charnues des muscles, de préférence vers la région frontale, et non à la région occipitale, comme on l'a dit. La douleur appelée *hystérique* est remarquable par son étroite limitation et par son intensité même; mais elle est extrêmement rare, puisque Briquet ne l'a rencontrée que trois fois (*Traité de l'hystérie*, p. 215). — Les affections par *altérations du sang* comptent également la douleur de tête parmi leurs symptômes les plus constants; il en est ainsi dans la *pléthore*, dans l'*anémie* très-fréquemment, dans les *intoxications*, dans certains empoisonnements, dans les *cachexies*. Enfin dans le *rhumatisme articulaire aigu*, considéré comme une affection générale, la céphalalgie est quelquefois (mais non toujours) le premier de l'effrayante complication que l'on a appelée *rhumatisme cérébral*, et qui diffère essentiellement par ses allures du rhumatisme musculaire péri-crânien.

**Signification.** — La céphalalgie, comme l'a fait observer Racle, est spasmodique, névralgique, congestive, anémique, ou constitue une simple douleur, et une même maladie peut donner lieu à toutes ces formes diverses de douleur (*Traité de diagnostic*). Cette dernière remarque est importante, car on ne saurait se guider sur les caractères que je viens de rappeler pour reconnaître toujours chacun d'eux à une maladie spéciale.

Il faut surtout sur l'ensemble des signes que l'on se basera pour établir la véritable signification de la céphalalgie, et pour la rattacher à la maladie qu'elle accompagne ou qu'elle accompagne. Mais c'est lorsqu'elle existe seule, qu'elle est la seule, et que l'on n'aura pu la localiser dans les parois crâniennes (névralgie, rhumatisme musculaire péri-crânien, douleurs ostéocopes), que la signification de la céphalalgie est difficile à déterminer. Au début des maladies des nerfs ou des fièvres graves, il en est souvent ainsi; et ce n'est que lorsque des signes nouveaux et plus ou moins caractéristiques viennent se joindre à la douleur de tête, que la valeur de ce dernier symptôme cesse d'être incertaine. Mais je n'entre pas dans de plus grands détails. Il me suffit, en effet, d'avoir exposé les conditions dans lesquelles on rencontre la céphalalgie, et d'avoir consacré à chacune d'elles un article particulier, pour que l'on puisse compléter facilement ce que les simples indications de celui-ci semblent avoir de incomplet.

**CÉPHALÉMATOME.** — Voy. TUMEURS (céphaliques).

**CÉRÉBRITE.** — Voy. ENCÉPHALITE.

**CERVEAU, CERVELET.** — Voy. ENCÉPHALE.

**CISTOIDES.** — Voy. ENTOZOAIRES.

**CHALEUR ANIMALE.** — Voy. THERMOMÉTRIE.

**CHANCRE.** — Voy. ULCÉRATIONS et, comme articles complémentaires, FISTULES et BLENNORRHAGIE.

**CHAMPIGNONS.** — Voy. EMPOISONNEMENTS.

**CHANT DES ARTÈRES.** — Voy. VASCULAIRES (Bruits).

**CHEVEUX.** — Voy. POILS.

**CHIQUE.** — Voy. PARASITES (cutanés).



**CHLORHYDRIQUE** (Acide). } *Voy.* EMPOISONNEMENTS.  
**CHLOROFORME.**

**CHLOROSE.** — Depuis que l'anémie a été étudiée avec soin dans ses différentes conditions pathologiques, on ne peut plus considérer la chlorose autrement que comme une forme d'anémie, présentant quelques particularités accessoires, insuffisantes pour caractériser une maladie spéciale. Ces particularités sont : l'apparition de l'anémie à l'époque de la puberté chez les jeunes filles, et la coïncidence de troubles menstruels de trois espèces : l'AMÉNORRÉE, la DYSMÉNORRÉE, ou la MÉNORRHAGIE.

Cette manière d'envisager la chlorose est celle de beaucoup d'observateurs, et elle me paraît être la vraie. Rien ne prouve, en effet, que les troubles menstruels produisent l'ensemble des symptômes observés, tandis que l'on peut rattacher ordinairement ces symptômes à de mauvaises conditions hygiéniques particulières, ou bien à une altération manifeste des fonctions digestives. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on se forme de la chlorose, on doit, au point de vue exclusif du diagnostic, le seul qui nous occupe, la considérer comme nous venons de le faire, et comme nous l'avons fait déjà au mot ANÉMIE (p. 60).

**CHOC** (Bruits de). — Les bruits de choc que produisent la systole du cœur au niveau de la région précordiale, et les battements des tumeurs anévrysmales, ne sont pas les seuls que l'on puisse percevoir à l'auscultation, au niveau de la poitrine.

Aran a constaté, chez un malade atteint d'hydropneumo-thorax du côté droit, et à la suite d'une quatrième thoracentèse, une espèce de bruits de frottement très-rude qui se produisait seulement pendant la toux, et qui se percevait à la base de la poitrine, en dehors et à droite. Ce bruit de choc ou de percussion donnait la sensation d'un corps distendu brusquement et venant frotter contre le feuillet pariétal de la plèvre. Aran attribue ce phénomène, dont le malade avait conscience, au choc du poumon contre les parois de la poitrine. Le bruit très-rude était, en effet, tout à fait semblable à un coup fort et sec porté de l'intérieur contre les parois thoraciques, et sa situation variait suivant les positions que prenait le malade.

**CHOLÉCYSTITE** (INFLAMMATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE). — 1<sup>re</sup> *Éléments du diagnostic.* — L'ensemble des signes de cette affection, qui s'observe presque toujours chez des individus qui ont des calculs biliaires, est le suivant : douleur très-vive survenant au-dessous du rebord des fausses côtes droites, augmentant par la pression, la respiration et les mouvements du tronc ; ictère, vomiturations, fièvre ; constatation d'une tumeur avec empâtement, fluctuation, et, comme conséquence, un abcès tantôt se dirigeant vers l'extérieur, donnant issue à du pus mêlé de bile, à des calculs, et suivi de fistule, tantôt s'ouvrant dans l'intestin adhérent ou dans le péritoine.

2<sup>e</sup> *Inductions diagnostiques.* — Lorsque chez un malade présentant déjà les signes de calculs biliaires, c'est-à-dire une colique hépatique, ou bien dans le cours d'une fièvre grave et notamment dans l'affection typhoïde, comme l'a observé Louis, on voit survenir les premiers des phénomènes que je viens de rappeler, et notamment la douleur localisée et la fièvre, on devra soupçonner l'existence d'une inflammation aiguë de la vésicule biliaire. On en aura la certitude si l'inflammation se terminant par un abcès, on parvient à diagnostiquer la collection purulente, dans le cours de la maladie, grâce à une tumeur fluctuante inflammatoire, débordant les fausses côtes droites, et à plus forte raison s'il se forme un abcès extérieur ayant les caractères que j'ai rappelés.

is il n'est pas ordinaire d'observer des faits aussi concluants. Le diagnostic est difficile lorsque l'abcès n'est pas accessible à l'exploration. Chez les maigres et dont les parois abdominales sont relâchées, on parviendra facilement à la constatation de la tumeur ; mais chez ceux qui sont dans des positions contraires, la percussion seule pourra indiquer une tumeur s'insinuant sous les côtes, et il n'y aura rien de caractérisé comme abcès, s'il ne tend vers l'extérieur. J'ai rencontré dans ma pratique un malade dont l'obésité permit que de soupçonner fortement l'existence de l'abcès ; il avait eu une colique hépatique avec ictère intense, puis sensibilité très-vive et tante au-dessous du rebord des fausses côtes, à la hauteur de la vésicule, et délire, suivis rapidement de mort. Un commémoratif remarquable de l'observation fut un accès de colique hépatique avec ictère et vomissements, au dix ans auparavant, et qui ne s'était reproduit que tout récemment, lieu d'une santé florissante depuis les premiers accidents. Or, l'autopsie a qu'un calcul gros comme une olive obstruait le canal cholédoque, et vingtaine de calculs plus petits étaient contenus dans l'abcès de la vésicule fait démontre que les accès antérieurs de colique hépatique sont une stance très-utile à connaître comme indiquant l'existence de calculs anciens mineurs, cause ordinaire de la cholécystite.

définitive, le diagnostic positif de l'inflammation de la vésicule biliaire ne se baser que sur l'existence de l'abcès. Mais cet abcès lui-même, lorsqu'il est profond, peut facilement se confondre avec d'autres tumeurs fluctuantes pochoindre. J. L. Petit (*Mém. de l'Acad. chir.*, t. I, p. 147) a exposé les signes différentiels de l'abcès de la vésicule et de l'abcès du foie ou de la rétention due à la rétention de la bile.

l'abcès du foie, suivant lui, ne présente pas une fluctuation aussi facile à voir que l'abcès de la vésicule, et cette fluctuation est entourée d'une beaucoup plus marquée. On peut ajouter que le siège de l'abcès de la vésicule est toujours le même sous les côtes, près du muscle droit, tandis que le l'abcès du foie est souvent différent. Enfin la marche de la maladie n'est pas la même dans les deux cas. La confusion n'aurait d'ailleurs qu'une importance secondaire, si l'on prenait ces abcès l'un pour l'autre. — Il n'en serait même si l'on prenait pour un abcès de la vésicule la rétention de la bile dans le réservoir, ainsi que plusieurs faits malheureux d'opérations inopportunes l'ont démontré. Suivant J. L. Petit, la douleur est de plus longue durée dans l'abcès que dans la rétention biliaire ; elle est pulsative ; lorsqu'elle diminue, elle ne laisse pas le malade dans un état de bien-être aussi complet que dans la douleur due à la rétention s'est calmée. Les frissons irréguliers sont fréquents, et ils sont suivis de chaleur et de moiteur. La fluctuation est moins évidemment manifeste ; elle commence par le point le plus saillant, pour passer au reste de la tumeur, et enfin on trouve à la circonférence de celle-ci un empatement et un certain degré de dureté que l'on ne trouve pas dans la rétention de la bile.

Pronostic. — La cholécystite est assez souvent suivie de mort ; mais plus communément la terminaison en est favorable, soit par suite de la résolution de l'inflammation, soit par l'ouverture spontanée de l'abcès à travers les parois abdominales, soit enfin par l'intervention de l'art.

**CHOLÉDOQUE** (Canal). — Voy. CALCULS biliaires, et COLIQUES (hépatiques).

**CHOLÉMIE**. — Voy. SANG.

**CHOLÉRA**. — Le choléra est épidémique ou sporadique. Ces deux formes

doivent être examinées séparément; le choléra épidémique, qui est le plus grand nous occupera d'abord.

### I. CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.

1° *Élément du diagnostic.* — Les signes les plus tranchés et par conséquent les plus caractéristiques du choléra épidémique sont ceux de la période algide : *coloration cyanosée*, ou d'un violet livide, des extrémités et d'une partie de la face, ou de toute la peau du corps; *amaigrissement* rapide du visage; *exophtalmie* des yeux; *agitation* alternant avec de l'*assoupissement*; *peau froide*, *extrême du pouls*; *refroidissement de la langue* et de la peau, qui a perdu son élasticité et souvent sa sensibilité; *évacuations alvines* fréquentes, aqueuses, le plus souvent blanchâtres, d'aspect opalin, presque sans odeur, et tenant en suspension des corpuscules blanchâtres riziformes; *vomissements* bilieux d'un liquide blanchâtre analogue à celui des garde-robes; *crampes* très-douloureuses; *aphonie*, et enfin diminution notable ou suppression complète de l'*urine*.

Dans la période de réaction, lorsqu'elle survient, on observe : un *pouls* fort et fréquent, la *chaleur* vive de la peau et sa *congestion*; la *turgescence* de la face et des yeux; la sécheresse avec *enduit fuligineux* de la langue; la *céphalalgie*, les *éblouissements*, les *tintements d'oreilles*, de l'*insomnie*, de l'*agitation*, et parfois du *délire*; d'autres fois, un *abattement* profond, de la *somnolence* ou du *coma*; des *congestions viscérales* manifestes à la poitrine ou l'abdomen, parfois de véritables *inflammations secondaires*; *exanthèmes* cutanés, des *contractures* des membres, des *parotides*. — Ajoute-t-on, à cette longue énumération d'accidents ou de symptômes, combien peuvent être variés les signes de la réaction.

2° *Inductions diagnostiques.* — Comme pour toutes les maladies épidémiques, la connaissance du fait de l'existence de l'épidémie elle-même est un grand secours pour l'interprétation diagnostique des faits que l'on observe. Cette connaissance seule permet d'accorder aux prodromes ou au début de la maladie l'attention qu'ils méritent, et, en particulier, aux vomissements et surtout à la diarrhée. Toutefois, ces troubles gastriques et intestinaux ne doivent être considérés comme les premiers symptômes du choléra que lorsqu'ils s'accompagnent de crampes, d'aphonie ou de diminution notable de l'urine. La diarrhée constitue cependant un prodrome fréquent (diarrhée prémonitrice) qu'elle résulte ou non de la terreur qu'inspire l'épidémie.

Le diagnostic de la maladie confirmée, c'est-à-dire à sa période algide, n'a aucune difficulté, que cette période survienne progressivement ou se manifeste d'emblée avec plus ou moins de violence. Dans tous les cas, les signes de cette période, que j'ai rappelés plus haut, forment un ensemble caractéristique qui ne peut tromper. Cependant, s'il s'agit d'un malade qui habite une contrée où des fièvres paludéennes sont endémiques, en présence des symptômes caractéristiques du choléra, il faudra penser à la possibilité d'une *fièvre pernicieuse* à forme dite *cholérique*. Quoi qu'il en soit, en présence des symptômes caractéristiques de la période algide, il ne peut le plus souvent y avoir de doute, même dans les cas rares où les symptômes sont limités en nombre. On a vu, par exemple, après des symptômes digestifs insignifiants, survenir quelquefois un refroidissement général avec insensibilité du pouls et coma, sans autre symptôme jusqu'à la mort. Il est évident que de pareils faits ne peuvent être rapportés au choléra qu'en temps d'épidémie.

C'est principalement dans la période de réaction, plus accentuée chez les jeunes sujets que chez les vieillards, que les erreurs de diagnostic peuvent

ntes. C'est ce qui a surtout lieu lorsque l'on rencontre des cas isolés de , plus ou moins longtemps après la cessation apparente d'une épidémie, que l'on voit pour la première fois un malade présentant des symptômes : rattachent à la période de réaction. On a fait observer avec raison que période n'est plus le choléra lui-même, puisque la guérison peut avoir lieu action dépassant le retour à l'état physiologique. Mais cela n'empêche question du diagnostic de présenter un véritable intérêt lorsque la n existe; et c'est bien à tort que les traités de pathologie la négligent.

tombe forcément dans les erreurs les plus graves, en effet, si l'on est a présence d'un malade à cette période de réaction, et que l'on ne se igne pas suffisamment, par un interrogatoire attentif, sur les phénomènes it précédé : une diarrhée récente, des vomissements avec refroidissement al, cyanose, aphonie, anurie.

mi les maladies que les phénomènes de la réaction peuvent simuler, si more les antécédents cholériques, se placent en première ligne la *fièvre ide* et certains *exanthèmes*. — La fièvre typhoïde sera d'autant plus faci- t admise lorsqu'il y aura fièvre intense, symptômes nerveux, etc., que le e, vu son état de somnolence ou de coma, pourra moins fournir de ren- tements antérieurs, qu'il pourra exister des douleurs de ventre à la pres- et persister de la diarrhée. — On a désigné sous le nom de *roséole* un ème qui, dans la réaction du choléra, en 1849, m'a paru ressembler plu- fois, à s'y méprendre, à une éruption rubéolique ou scarlatineuse. Mais es cas de cette espèce, il y a défaut de symptômes caractéristiques vers es respiratoires ou vers la gorge. L'*érysipèle* n'est pas non plus très- ans les mêmes conditions, et pourrait n'être pas rapporté à sa véritable e.

différents états pathologiques de la réaction sont, pour la plupart, de complications, de même que les *congestions* cérébrale, pulmonaire, nale, et les *inflammations* des méninges, des poumons et du tube diges- iont été observées.

en pareil cas, ainsi que dans toute autre maladie aiguë, l'on avait l'idée de cher l'albumine dans l'urine, on pourrait en rencontrer sans que l'albu- ie, qui survient dans les premières quarante-huit heures de la réaction du a (Martin Solon), soit un signe très-utile. Mais il peut arriver que, dans recherche, les urines deviennent *bleues* par l'addition de l'acide azotique; ette réaction, signalée par Gubler dans le choléra, pourrait-elle donner l sur la nature des phénomènes observés (*Voy. URINES*)?

s formes de la maladie sont très-nombreuses, si l'on tient compte de l'in- é des symptômes, de la rapidité de leur marche, et de leur prédominance roque. Chaque épidémie a, sous ce rapport, son caractère particulier.

s complications qui surviennent dans la période de réaction, et que j'ai elées plus haut, sont plutôt faites pour obscurcir le diagnostic que pour airer. Une complication des plus graves a été signalée pendant la dernière émie, c'est la gangrène ordinairement externe qui se manifeste dans diverses lies du corps. D'abord des cas isolés ont été observés aux membres inférieurs upier, Soffray, Bourdon), puis par Mouchet, interne à l'Hôtel-Dieu, à la e inférieure, aux poumons, aux bras, à la peau (*Arch. de méd.*, 1867, t. IX). ne saurait considérer comme de véritables complications les troubles mor- des qui persistent après la disparition du choléra, tels que de l'*agitation*, l'insomnie, et vers l'estomac, l'*anorexie*, des VOMISSEMENTS plus ou moins

rebelles, et des *gastralgies* opiniâtres que l'on a vues se prolonger pendant un an et plus.

3<sup>e</sup> *Pronostic.* — La gravité du choléra épidémique est connue. La mort peut survenir d'une manière presque foudroyante, lorsque les symptômes ont, dès le début, une intensité exagérée; parfois elle est imprévue dans des cas en apparence peu violents; mais le plus souvent elle est la conséquence de l'aggravation plus ou moins rapide des symptômes, soit dans la période algide, soit dans la période de réaction. On devra redouter une terminaison funeste toutes les fois que le poulx deviendra insensible, qu'il y aura des selles involontaires, coma avec immobilité complète, et une anesthésie de la peau. Dans le cours des épidémies qui ont sévi en France, la mortalité a été habituellement de plus de moitié, mais variable suivant l'âge des malades, le temps, les lieux. Elle est plus forte chez les individus âgés et affaiblis au début de l'épidémie. Dans l'épidémie de 1849, que j'ai observée dans un asile d'aliénés (*Voy. Ann. méd. psychol.*, 2<sup>e</sup> série, t. III), la mortalité fut plus prononcée dans les cas de maladie chronique et de démence que dans les autres formes d'aliénation mentale. La mortalité fut aussi d'autant plus grande que les individus furent atteints à une époque plus rapprochée du début de l'épidémie, *quelle que fût la durée de leur maladie ou l'intensité apparente des symptômes.*

## II. CHOLÉRA SPORADIQUE.

Comparé au choléra épidémique dont il vient d'être question, le choléra sporadique est habituellement beaucoup moins grave dans sa forme comme dans sa terminaison, qui est très-rarement funeste. Il se distingue encore du choléra épidémique par son endémicité dans nos pays méridionaux, par le défaut d'évacuations blanchâtres avec corpuscules riziformes, par l'absence de cyanose, de phénomènes asphyxiques ou de réaction exagérée. Cependant la différence n'est pas absolue; dans les symptômes est-elle toujours bien réelle? Il est difficile de l'admettre. Pendant l'été, on peut observer, dans les hôpitaux de Paris, quelques cas isolés de choléra, que l'on ne doit pas évidemment considérer comme épidémiques. Et cependant plusieurs en présentent tous les caractères, et entre autres, la cyanose et les évacuations caractéristiques; certains cas sont suivis de mort. Il faut rapprocher de ces cas sporadiques ceux qui caractérisent le *choléra infantile*, que Trousseau a désigné sous la dénomination de *maladie d'été*. Il se présente surtout à l'époque du sevrage, et ses symptômes sont ceux du choléra atténué; cependant la mort en est assez souvent la terminaison.

On ne saurait confondre le choléra sporadique avec une simple indigestion, si ce n'est tout à fait au début. — L'empoisonnement par les poisons irritants pourrait être plus facilement pris pour le choléra sporadique; mais ces poisons auraient produit des taches caractéristiques sur leur passage, sur les lèvres, dans la bouche, et, de plus, l'apparition tardive de la diarrhée dans l'empoisonnement, le signe sur lequel Grisolle a appelé l'attention en pareil cas, sera un très-bon caractère différentiel.

**CHOLESTÉRÉMIE.** — Pour Flint, il existerait une intoxication qui serait due à l'accumulation insolite de la cholestérine dans le sang. Il l'explique en disant que cette substance est formée en très-grande partie, sinon exclusivement, dans la substance nerveuse, qu'elle est résorbée par la circulation et excrétée par la bile, et par suite en excès dans le sang lorsque cette excrétion est suspendue. Il en résulterait, entre autres accidents, des troubles cérébraux avec ou sans ictère (*American Journ. of med. sc.*, 1862). Mais on ne doit pas considérer cette manière de voir du savant docteur américain comme suffisamment démontrée pour lui faire prendre place dans le cadre nosologique.



— Cette névrose, confondue de nos jours avec la danse de Saint-jet de travaux modernes nombreux, depuis la publication de le Bouteille et de Jos. Bernt, en 1810. A ces travaux se rattachent, noms de Blache, Ruz, G. Sée, Barthez et Rilliet, Gillette, Trouser, qui a exposé à l'Académie de médecine un savant historique de propos du rapport dont fut l'objet, en 1859, le Mémoire de mental dans la chorée. Nous donnons au mot chorée le sens ont attribué la plupart des auteurs, renvoyant aux CONVULSION que des affections convulsives considérées d'une manière générale sous silence la *chorée d'Abyssinie*, ou *tigretier*, décrite qui n'est qu'une sorte de danse maniaque épidémique (Le Roy de de méd., 1858, t. XII). Moller, de Gressen, a signalé la chorée femmes enceintes (*Arch. für path. Anatomie*, 1861). Temps les avis sont partagés sur la nature rhumatismale de la Roger a publié en 1866 (*Arch. de méd.*, 1866, t. VIII, et 1867, oire pour défendre cette opinion qu'il croit vraie. Il s'appuie sur G. Sée, Botrel, Trousseau et rapporte des observations qui lui ur démontrer que la chorée est une affection rhumatismale. Il a rd comme confirmation nouvelle de cette opinion, sous les noms liaque (*Ach. de méd.*, 1868, t. XI), la fréquence des affections la chorée.

*du diagnostic.* — La chorée vulgaire se rencontre le plus souvent chez les enfants âgés de six à quinze ans. Elle débute ordinairement sans prodromes insignifiants pour le diagnostic. Elle est générale et se annonce par des *mouvements involontaires irréguliers*, et difficiles à décrire, qui se montrent d'abord aux doigts d'une des membres supérieurs, ou aux deux, puis bientôt à la face (des grimaces que les parents croient d'abord volontaires), puis du corps. Les trémoussements musculaires et les mouvements intaires sont spontanés ou remplacent les mouvements réguliers upérieurs ou inférieurs; l'articulation des mots est parfois difficile, les sons modifiée, et rappelant quelquefois l'aboiement ou d'autres . La production incessante et désordonnée des mouvements est es; le malade se contusionne sur tous les objets à sa portée, et il excoiations sur le tronc et au niveau des grandes articulations malade est couché, on ne peut quelquefois le maintenir dans son plus grands efforts, à moins qu'il ne sommeille. Ce qu'il y a de en effet, c'est que les convulsions cessent pendant le sommeil. ent au contraire lorsque l'enfant s'aperçoit qu'on l'examine. Le eurs naturel et l'intelligence habituellement intacte, à part l'imé et l'irritabilité du caractère, et, lorsque la maladie s'est prolonguefois affaiblissement intellectuel. Marcé prétend avoir constaté oraux ou intellectuels dans les deux tiers des cas, et, entre autres, de la mémoire, des hallucinations et même le délire maniaque, ce dmis comme règle générale.

artielle est limitée à deux membres, ou bien à un seul (le plus souvent), à une région, à la face, au larynx (Blache), à un seul muscle e j'en ai observé un exemple (muscle sterno-mastoïdien). Tribouussel, son élève (*Thèse*, 1865), ont noté un *endolorissement sur vers* qui se distribuent aux parties agitées de mouvements choréi-signalé aussi des douleurs provoquées par la pression limitée du

doigt sur le trajet de ces nerfs, douleurs provoquées qu'ils considèrent comme spéciales, mais qui ne diffèrent pas en réalité des foyers ou points névralgiques de Valleix. La chorée présente d'ailleurs beaucoup d'autres particularités que je rappellerai les plus importantes dans ce qui va suivre.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque l'on a été une seule fois témoin de convulsions plus ou moins généralisées de la chorée vulgaire, la seule fois dont je me sois occupé à dessein dans ce qui précède, on ne peut plus méconnaître. Leur irrégularité extrême, l'absence de fièvre et, presque toujours, le jeune âge des malades, donnent à la chorée générale un cachet tout particulier qui empêche de la confondre avec les autres maladies convulsives. Le jeune âge n'est d'ailleurs pas une condition absolue de la chorée; on la rencontre par exemple chez l'adulte et même chez des vieillards âgés de soixante à quatre-vingt ans, comme plusieurs auteurs, Bouteille entre autres, en ont rapporté de nombreux exemples. H. Roger a vu une femme de quatre-vingt-trois ans, dont il a communiqué l'observation à la Société médicale des hôpitaux (1854), être atteinte de cette maladie. — L'irrégularité des mouvements qui se remarque dans les chorées partielles, aussi bien que dans les chorées générales, suffit pour les faire reconnaître.

Les données étiologiques de la chorée, telles que sa fréquence plus grande chez les filles que chez les garçons, l'influence de la frayeur, des violentes émotions, de l'imitation (qui peut donner lieu à des espèces d'épidémies), et de celui du rhumatisme (Copland, G. Sée, H. Roger), ne peuvent guère servir au diagnostic. Duncan (*Edim. med. Journ.*, 1854) a vu, après J. P. Frank (1844), la chorée se développer pendant l'anémie due à la grossesse, et disparaître soit spontanément, soit immédiatement après l'accouchement. D'autres faits ont été observés depuis par Romberg (Berlin, 1857), Scanzoni (1859), Mosler (1862), Jaccoud (*Leçons de clin. méd.*, 1867) et par d'autres observateurs. Félix Bricheteau a démontré que la chorée pouvait se propager par imitation et constituer ainsi une véritable épidémie (*Arch. de méd.*, 1863, t. I). On a cité des chorées dites mercurielles dues à un traitement par le mercure; mais ces faits doivent être considérés comme des tremblements d'intoxication. La marche de la chorée est continue et progressive, et sa durée est en moyenne de soixante-neuf jours, suivant G. Sée. Or, les progrès de la maladie peuvent confirmer le diagnostic, lorsque l'on voit les convulsions irrégulières envahir successivement les membres du visage, et enfin tout le corps. Très-rarement les accidents sont intermittents, vraiment périodiques, comme l'ont observé Bouteille et Rufz.

Suivant la remarque de Blache, l'absence de la fièvre, du coma, du délire, de la raideur tétanique, sont des signes très-propres à séparer la chorée de toute autre affection de l'axe cérébro-spinal; et c'est à tort que l'on en a rapproché le bérubéri, le branlement de tête des vieillards, quelques tics douloureux, certains tremblements nerveux dus aux excès vénériens ou alcooliques, ou bien à une intoxication saturnine ou mercurielle. La régularité des tremblements, dans ces derniers cas, les distingue facilement de la chorée. Cependant il existe certaines chorées partielles qui sont symptomatiques d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière, et qui simulent complètement la chorée essentielle. Jadelot a fait savoir que la chorée partielle chronique dépendait souvent d'une affection organique de l'encéphale (Barthez et Rilliet). Des tubercules cérébraux, la même lésion du cervelet (Schute), un ramollissement circonscrit de la moelle, ont donné lieu à cette forme rare de chorée, qui était limitée à l'œil dans le premier cas.

Outre la forme dite vulgaire de la chorée dont il est question précédemment, on a admis une forme rythmique ou anormale qui comprend toutes les variétés de danses convulsives qui ont été observées par les anciens, et auxquelles



articulièrement applicable la dénomination de danse de Saint-Guy. Ces s rythmiques, qui se développaient autrefois épidémiquement sous l'influence de l'imitation, sont complètement différentes de la chorée telle que nous la voyons, ainsi que Bouvier l'a démontré.

*Complications* de la chorée, de même que certaines maladies intercurrentes, méritent une attention particulière. Les maladies incidentes peuvent exercer aucune influence sur la durée ou sur l'intensité de la chorée, comme l'a remarqué Blache, ou bien il peut arriver, suivant Barthéz et Rilliet, que les *fièvres éruptives* agissent sur la chorée, soit en l'exaspérant, soit en la diminuant, puis disparaître. Ils n'admettent donc pas, avec G. Sée, que la chorée soit la fièvre exaspérée de la chorée. — J'ai rappelé plus haut que H. Roger a fait remarquer la fréquence des *affections cardiaques* dans la chorée, ce qu'il explique par la nature rhumatismale de cette dernière maladie. — Les *éruptions* générales sont venues quelquefois compliquer la chorée, et on les a remarquées en marquant le début (G. Sée); mais ce sont là des faits exceptionnels. On considère aussi comme complications le *spasme de la glotte* et probablement aussi la *contracture du diaphragme* qui peuvent amener l'*asphyxie*, et entraîner rapidement la mort.

*Pronostic.* — On ne peut pas dire que la chorée soit toujours une affection légère, même lorsqu'elle est simple. Les cas graves, dans lesquels on doit craindre la mort, sont d'abord ceux où l'excitation nerveuse et les convulsions ont une grande intensité, et dans lesquelles on a vu survenir le spasme de la glotte ou la contracture du diaphragme. Weir et Aitken ont publié un cas de chorée mortelle survenue immédiatement après un rhumatisme articulaire (*The Glasgow med. Journ.*, 1853). Plusieurs observateurs ont constaté des tubercules dans le cerveau après la mort, et Malherbe (de Nantes) a trouvé parfois un ramollissement de la substance corticale du cerveau et du cervelet (*Bull. de méd. de la Loire-Inférieure*, 1858). Enfin Trousseau a vu survenir la mort chez des malades consumés par une fièvre due à l'inflammation des plaies ulcéreuses qui résultaient des frottements continuels des parties saillantes du corps pendant les mouvements désordonnés qu'elles subissent (*Union méd.*, 1859). La chorée se termine le plus ordinairement par la guérison, surtout lorsqu'elle est aiguë; mais les récidives sont assez fréquentes. Les chorées chroniques qui reviennent à de courts intervalles, ou qui sont continues, peuvent se prolonger pendant des années.

**CHROMHYDROSE.** — On a donné ce nom, ainsi que celui de *cyanopathie* généralisée, à une coloration partielle en noir ou en bleu de la peau et spécialement des paupières, qui a été observée par Yonge (1709), Billard (d'Angers), par le docteur Moore Neligan (*Dublin Quartely Journ.*, t. XIX), et décrite en France par Le Roy de Méricourt (*Arch. de méd.*, 1857, t. X). Cette lésion cutanée a été observée principalement chez les femmes, et presque tous les cas observés en France l'ont été dans des villes maritimes, et principalement à Brest. La critique très-bienveillant de la première édition de cet ouvrage parut sur le front de nous y voir traiter de la chromhydrose (*Gaz. hebdom.*, 1862). Il partait de l'incrédulité des médecins qui se sont refusés, en grand nombre d'abord, à reconnaître la réalité de cette affection; et il faut avouer qu'un certain nombre de personnes qui, par simulation bien avérée devaient les entretenir dans cette conviction, n'ont eu que des supercheries, il y a eu aussi de nouvelles preuves de la réalité de la sécrétion anormale. Le Roy de Méricourt, après la publication de ses *Mémoires* de 1857 (*Arch. de méd.*) et 1858 (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XVIII, p. 1141), a publié un travail très-convaincant de la réalité de la

maladie dans les *Annales d'oculistiques* en 1864, dans lequel vingt-huit authentiques sont réunis. Ce travail contient de plus une note de Ch. d'Ordonez sur la matière toute particulière recueillie au niveau des paupières. Aux preuves très-complètes fournies par ce Mémoire important est joint un fait de constatation très-circonstanciée, observé par plusieurs belges, qui a été l'objet d'un rapport à la Société médicale de Gand, a été recueilli par Warlomont (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique*). Ici toutes les précautions ont été prises pour obtenir le produit de l'excutané sous un appareil de taffetas collodionné et sous du collodion : directement sur la peau. Le docteur Rommelaere-Pidoux, de Gand, recorde la matière recueillie était exactement semblable à celle observée par Ch. d'Ordonez.

Je partage donc l'opinion favorable de Hardy, en faisant remarquer qu'elle s'appuie sur la réalité incontestable d'un assez grand nombre d'observations sur l'honorabilité des médecins qui ont vu les faits vrais, et sur l'impossibilité évidente de la simulation chez certaines malades.

Dans l'article que Hardy a consacré à cette affection dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (t. VII, 1867), il termine par le mot que l'on ait publié sur la chromhydrose.

Les éléments du diagnostic sont l'existence de taches noires ou brunes sur le visage et même sur tout autre point du corps, mais principalement au niveau des paupières; la possibilité d'enlever ces taches par le grattage, ou avec un instrument imprégné d'huile ou de glycérine; et leur réapparition spontanée à un temps variable.

Ces caractères bien authentiques suffisent à la rigueur au diagnostic, mais la véritable difficulté gît dans la distinction à faire entre la vraie chromhydrose et les teintes noires du visage résultant de l'application d'une pommade, d'une huile ou d'un liquide coloré (Hardy). Il faudra donc se rappeler que la vraie chromhydrose ressemble au duvet de certains fruits, que les cils et les poils follets, examinés à la loupe, ne tiennent pas en suspens de matière colorante comme



Fig. 17. — Matière colorante recueillie récemment et nouvellement sécrétée (Le Roy de Méricourt).

le cas d'application artificielle. Enfin l'examen microscopique (plaques lamelleuses opaques et brillantes, Ch. Robin, fig. 17), et la reproduction de la matière colorante sous les yeux de l'observateur, comme celle de la dame de Brest digne de foi m'a affirmé l'avoir constaté chez une de ses amies, sont des preuves qui doivent paraître convaincantes. La reproduction des taches sous une couche de collodion appliqué et le nettoyage de la paupière ne peut laisser subsister aucun doute sur la légitimité de l'affection.

Le début parfois subit au milieu d'une santé parfaite ou dans le cours d'une chloro-anémie, la durée de l'affection, son irrégularité d'apparition, son lieu quelquefois à l'approche des règles, avec les troubles de la menstruation, avec la grossesse et la suite de vives émotions : telles sont les données complémentaires du diagnostic de la maladie, que Le Roy de Méricourt est moins porté qu'autrefois à considérer comme fréquemment liée à des troubles de menstruation.

La chromhydrose n'entraîne d'ailleurs par elle-même aucun trouble dans la santé; mais sa longue durée, sa résistance au traitement, et son caractère habituel au visage en font, quoi qu'on ait pu dire, une affection très-pé-



comme cela ressort d'observations authentiques, et de rapports dignes de foi.

**CHRONIQUES (Maladies).** — *Voy. MALADIES.*

**CICATRICES.** — Les constatations de cicatrices sont quelquefois utiles au diagnostic, comme signes soit d'une affection cutanée, soit d'une maladie locale plus profonde ou d'une maladie générale plus ou moins ancienne. Comme élément du diagnostic des affections de la peau, elles complètent d'autres signes plus importants. Comme stigmates d'une affection locale ou générale, les cicatrices éveillent l'attention sur l'existence antérieure ou actuelle de cette affection. Telles sont celles qui résultent de la scrofule, de la syphilis, et celles dues à une foule d'affections locales qui, une fois guéries, n'offrent le plus souvent que peu d'intérêt. Une exception doit cependant être faite pour les traces cicatricielles des morsures qui ont occasionné la RAGE, et dont la constatation a une si grande importance.

Les cicatrices méritent d'être signalées comme origine de troubles résultant de leur formation même, et dus le plus souvent aux coarctations, aux rétrécissements qui résultent de la rétraction cicatricielle. Sans parler des conséquences de cette espèce qui se montrent à l'extérieur, je citerai particulièrement les cicatrices qui s'établissent dans les voies ou conduits naturels à la suite d'ulcérations variées. A la suite de la gangrène de la bouche, on voit les cicatrices gêner au libre écartement des mâchoires, et par suite gêner l'exercice de la mastication. Une ulcération de l'œsophage, comme celles produites par l'action d'un caustique, des ulcérations de l'intestin ou de l'anus, et du canal de l'urètre, produisent des RÉTRÉCISSEMENTS dont les effets sont plus ou moins graves; mais il n'en est pas dont les conséquences soient plus graves que les rétrécissements de la trachée-artère produits par la cicatrisation des lésions syphilitiques, car c'est une asphyxie croissante et mortelle qui en résulte, ainsi que Moissenet et Vigla en ont communiqué deux exemples à l'Académie des hôpitaux de Paris, en 1858 (*Union méd.*, 1858, 1859).

Une question de diagnostic intéressante est celle que soulève l'existence de cicatrices qui révèlent un traitement extérieur ancien, et plus ou moins ancien, au niveau des organes internes : je veux parler des cicatrices de piqûres de sangsues, de ventouses scarifiées, de sétons, de moxas, de caustiques divers. Ces stigmates cicatriciels, facilement reconnaissables, occupent un des points de la poitrine, la région précordiale, l'hypochondre droit, l'épigastre, ou la région rachidienne, il ne faut les considérer qu'avec réserve comme des indices de l'existence antérieure d'une maladie des plèvres ou de l'un des poumons, du cœur ou du péricarde, du foie, de l'estomac, de la moelle épinière. Les traces cicatricielles du traitement local peuvent, en effet, traduire un diagnostic erroné, ou simplement une opinion individuelle fautive. Les traces d'émissions sanguines au niveau de la région précordiale (sangsues, ventouses) rapportées à l'époque du rhumatisme articulaire aigu antérieur, ne sauraient être considérées comme indiquant toujours une complication ancienne du côté du cœur ou du péricarde, de même que les traces cicatricielles de piqûres de sangsues à l'épigastre ne peuvent pas révéler l'existence de la gastrite. Un simple souflement anémique, en effet, peut avoir été pris pour un signe d'endocardite, de même que la névralgie a été fréquemment considérée, il y a une trentaine d'années, comme un signe de gastrite. Sans donc nier absolument la signification des cicatrices résultant d'un traitement ancien, j'insiste sur la nécessité de ne pas leur faire exprimer plus qu'elles n'expriment en réalité, à moins que les résultats de l'interrogatoire ne viennent leur donner une signification particulière.

**CIGUE.** — *Voy. EMPOISONNEMENTS.*



**CIRCULATOIRE** (Appareil). — J'ai traité séparément du CŒUR, des ARTÈRES, des VEINES de l'appareil LYMPHATIQUE, et des VAISSEAUX CAPILLAIRES, ce qui complète l'ensemble du système circulatoire. J'ai également traité des bruits VASCULAIRES dans un article à part, et enfin, à propos de l'EXAMEN des MALADES, j'ai rappelé la marche à suivre pour bien constater les signes qui présentent l'ensemble de l'appareil circulatoire.

**CIRRHOSE.** — Cette maladie, particulière au foie, a été l'objet des recherches de Bouillaud et de Becquerel, à qui l'on doit l'étude la plus complète en ait été faite. Il a divisé la cirrhose en aiguë et chronique; mais, au point de vue du diagnostic, il me paraît inutile de l'examiner à part dans ces deux catégories, les symptômes étant les mêmes, et la maladie ne différant que par la marche plus ou moins rapide, et la forme aiguë étant d'ailleurs rare.

1° *Éléments du diagnostic.* — L'ascite est le symptôme constant et principal de la cirrhose du foie (Voy. p. 95). Elle est, en effet, tout à fait caractéristique si elle se développe dans les conditions suivantes : l'ascite précède constamment l'œdème des membres inférieurs, qui parfois ne s'infiltrent que très-tardivement dans une proportion peu considérable d'ailleurs et nullement en rapport avec l'épanchement abdominal, qui peut au contraire devenir énorme. En même temps, la peau, qui offre une sécheresse et une rugosité très-remarquables, présente aussi une coloration ictérique ordinairement très-légère, cutanée terreuse (surtout à la face et au cou), et un amaigrissement de la face, du thorax et des membres supérieurs, qui contraste avec le volume exagéré de la moitié inférieure du corps et particulièrement de l'abdomen; rarement il existe un ictère intense. Le ventre présente à sa surface des veines dilatées sinusoïdales parfois caractéristiques, comme on le verra plus loin. La percussion et la palpation démontrent la diminution de volume du foie, qui reste caché sous les côtes. Cet organe, malgré le refoulement ascitique du diaphragme, parfois prononcé au point de produire une gêne notable de la respiration, fournit qu'une matité très-limitée en hauteur. En même temps, il existe des troubles digestifs : anorexie plus ou moins complète, parfois des éructations, des vomissements, un dévoiement léger; les urines sont d'une couleur orangée foncée et souvent rougeâtres, très-denses et chargées d'une quantité anormale d'urate acide d'ammoniaque, qui se précipite spontanément par le refroidissement ou par l'addition d'une petite quantité d'acide nitrique (Becquerel). Vers la fin de la maladie, la langue devient rouge et sèche, les selles sont intermittentes; le pouls, jusque-là calme, prend de la fréquence et de l'irrégularité et un anéantissement complet, avec refroidissement et troubles des fonctions intellectuelles, précède l'agonie.

2° *Inductions diagnostiques.* — La prédominance de l'épanchement ascitique, le contraste du volume du ventre avec la maigreur de la moitié supérieure du corps, la coloration jaunâtre de la peau, et la diminution de volume du foie, constituent les signes les plus importants de la cirrhose de cet organe. Lorsque l'affection est simple, elle est facile à diagnostiquer; mais lorsqu'elle coïncide avec une affection du cœur ou une maladie de Bright, l'hydrogène peut masquer les signes propres à la cirrhose, en rendant l'anasarque plus ou moins uniforme. Cependant, même dans cette circonstance, la cirrhose produit une ascite beaucoup plus prononcée que celle qui existe dans les mêmes maladies, ce qui peut donner l'éveil. Je dois d'ailleurs ajouter que la coïncidence de ces différentes affections est fréquente.

Une particularité anatomique qui peut avoir son utilité séméiologique, celle qu'a signalée Sappey au niveau des veines abdominales (*Acad. de m*

Parmi les veines sous-cutanées dilatées et visibles, on en rencontre une plus volumineuse que les autres, avec plusieurs dilatations riveuses, se dirigeant du ligament suspenseur du foie vers la rate, et constituant une grande voie dérivative qui ferait passer le sang de la veine porte dans la veine cave inférieure. Ce courant va de haut en bas et non de bas en haut, serait accusé par un bruit perceptible à la main et par un *murmure* perceptible au stéthoscope. Ce bruit constituerait un signe de cirrhose dans la très-grande majorité des cas où on le rencontre. Mais, comme il ne se montre que dans la cirrhose ancienne, ce signe n'a qu'une valeur confirmative de la maladie, à moins que cette dérivation sanguine ne s'oppose à la circulation normale, dont l'absence jetterait nécessairement de l'obscurité sur le diagnostic.

Un autre signe très-exceptionnel et inexpliqué a été constaté à la Charité sous le nom de cirrhose rappelé par Lemaire. C'est un bruit musical ou sibilant constaté par Bouillaud et Potain, et qui existait au niveau de la veine porte et inférieure du sternum; il persistait pendant la suspension des respirations. L'état du cœur et des gros vaisseaux ne permet pas d'expliquer ce bruit (cause (Union méd., 1859, t. I, p. 68). On peut se demander si dans les parois de l'abdomen et du thorax une dérivation du courant sanguin aurait pu donner lieu au bruit anormal. Le fait constaté par Sappey au niveau du courant supplémentaire particulier semble autoriser cette supposition.

Les étiologies de la cirrhose tirent presque toute leur importance de l'ancienneté plus ou moins ancienne des *maladies du cœur*, auxquelles l'affection se rattache souvent par les congestions habituelles dont il est la conséquence. La constatation d'autres causes assez obscures ne peut guère servir à expliquer la maladie, telles sont : l'*emphysème* ou les *tubercules pulmonaires*, l'*hygiène*, les affections morales vives, les grandes fatigues corporelles, les affections du tube digestif, auxquelles on a cru pouvoir attribuer la cirrhose. Cependant on doit tenir compte de l'âge de trente à quarante ans, plus fréquemment observé, sans oublier que la maladie peut se rencontrer chez les enfants et les vieillards. — La marche incessante de l'affection, lente et ayant une durée chronique de plusieurs mois ou de plusieurs années, ne peut être d'une grande utilité au diagnostic, puisque, dans les formes aiguës, on l'a vue marcher assez rapidement pour se terminer en quelques semaines (le début ne peut être bien fixé) après six semaines de durée.

On confond la cirrhose et surtout la cirrhose simple avec l'hydrogène de l'ovaire, la péritonite chronique, l'hépatite chronique et le cancer. Mais, dans cette dernière maladie, il y a ordinairement ascite dans les autres, l'épanchement coïncide avec des signes si différents de la cirrhose, que je n'ai pas à développer les caractères de cette dernière.

Les complications de la cirrhose, on n'observe guère que les inflammations hémorragiques secondaires que l'on voit survenir dans toute affection dont elles hâtent la terminaison fatale, et qui, dans l'affection dont nous parlons, ont autant la conséquence des maladies concomitantes du cœur que le fait de la cirrhose elle-même. Il faut aussi se rappeler qu'une autre affection peut être rencontrée comme complication de la ma-

1. — La cirrhose a été constamment suivie de mort dans les faits

connus. Lorsque l'anastomose veineuse signalée par Sappey s'est effectuée, la maladie a été moins rapidement funeste.

**CLAPOTEMENT** (Bruit de). — Voy. FLÔT.

**CLAQUEMENT** (Bruit de). — Ce mot est habituellement appliqué à la distension brusque des valvules des orifices du cœur (*claquement valvulaire*); le mot *claquement* pourrait aussi être donné au bruit anormal constaté par Barth au niveau de fausses membranes en partie détachées dans les vaisseaux aériennes. Saussier a désigné sous la dénomination de *claquement costo-hépatique* un signe particulier de pneumothorax. Ce claquement résulterait du choc de la huitième côte percutée contre la foie, dans les épanchements de sang peu abondants, lorsque le foie n'est point refoulé vers l'abdomen. Il serait dû à la présence d'un vide laissé entre le foie et les côtes par la rétraction du lobe inférieur du poumon, qui l'occupait avant l'épanchement (*Journal l'Expérience*, 5<sup>e</sup> année; et *Thèse*, 1844, p. 70).

**CLOU HYSTÉRIQUE**. — Voy. CÉPHALALGIE.

**COCCYX**. — A la suite d'une chute sur la région coccygienne, il survient quelquefois une *luxation* du coccyx, qui donne lieu à plusieurs symptômes. Le principal est une douleur extrême, que réveillent les moindres mouvements du malade, et qui s'accompagne d'engourdissement de la région sacro-lombaire, des cuisses et des jambes, douleur pouvant s'étendre jusqu'à l'omoplate même jusqu'à l'extrémité des doigts. L'antécédent de la chute, la constatation du déplacement du coccyx par le toucher anal, et la cessation des accidents après la réduction, comme l'ont observé Roeser (*Froriep's Notizen*, 1857) et Bonafont (*Union méd.*, 1859, t. I), ne permettent pas d'hésiter dans le diagnostic. J'ai observé deux faits de coccydynie pris pour des affections utérines chez deux jeunes filles. La douleur, intolérable par sa persistance, a résisté à l'une de ces malades à tous les traitements, et a fini par disparaître spontanément après avoir duré au moins deux ans. L'autre jeune fille, d'une excellente constitution, mais anémique comme la précédente, avait des crises de douleur excessive, qui avaient été prises, ici encore, pour un signe d'affection utérine qui n'existait pas. Les crises disparurent complètement après quelques injections hypodermiques avec l'acétate de morphine.

Le professeur Simpson a décrit, sous le nom de *coccydynie*, une douleur d'intensité variable, pouvant persister des années, empêchant de prendre position assise, mais surtout exaspérée par la marche, la défécation, et par les mouvements imprimés au coccyx. Il l'a vue se développer sous l'influence du froid ou à la suite d'une *lésion traumatique* (*Med. Times and Gaz.*, 1859).

La douleur, dans ces différentes affections coccygiennes, n'a aucune ressemblance avec celle de la NÉVRALGIE *ano-vésicale*. Hicks et Bryant ont relaté un fait de coccydynie suite de chute, qui a guéri, après plusieurs années de durée, par la section sous-cutanée des attaches tendineuses fixées au coccyx. Ce malade ne pouvait rester auparavant que debout pour éviter les douleurs, avaient été rapportées à une affection utérine (*Med. Times and Gaz.*, 1859).

**CÆCUM**. — Situé au niveau de la fosse iliaque droite, cet organe est mobile relativement aux autres parties du gros intestin, et il ne subit pas de dilatation assez considérable pour occuper une étendue beaucoup plus grande que dans l'état sain. On peut donc dire qu'on le trouve toujours occupant la même région. Il reçoit les résidus alimentaires excrémentitiels du petit intestin, et c'est de sa cavité qu'ils doivent s'élever verticalement, et par conséquent contre leur propre poids, dans le côlon ascendant qui lui fait suite.

Cette dernière circonstance explique comment l'accumulation des mati-

des constitue l'affection principale du cœcum. On a admis qu'il en résultait inflammation lente (typhlité) qui pouvait s'étendre au tissu cellulaire et y déterminer le phlegmon iliaque. Le cœcum peut être le siège de lésions accidentelles, le cancer intestinal, par exemple, qui occupe de préférence les deux extrémités du gros intestin.

À l'état physiologique, le cœcum n'est pas reconnaissable à la palpation de la région iliaque droite; et la percussion ne peut quelquefois signaler sa présence que par un son d'une tonalité différente de celle des intestins voisins. Lorsque des matières fécales s'y trouvent amassées, ou que le cœcum est le siège d'une tumeur accidentelle, la palpation permet de constater une tumeur inégale et dure, et la percussion fournit un son mat à son niveau. Il faut, en pareil cas, est de ne pas confondre la rétention des matières fécales, affection légère, avec une tumeur carcinomateuse, ni ces deux affections, comparées dans le cœcum, avec une tumeur inflammatoire du tissu cellulaire de la fosse iliaque.

J'ai rien dit, dans ce qui précède, de l'*appendice iléo-cœcal*, dont les lésions sont inconnues, et dont la perforation a été fréquemment observée. L'abcès iliaque, qui est au moins aussi fréquent que les perforations du petit et du gros intestin à la fois, surviendrait, dans la moitié des cas environ, par suite d'inflammation ulcéralive chez les tuberculeux, suivant Leudet (*Arch. de Méd.*, 1859, t. XIV). Les autres causes comprennent la fièvre typhoïde, les éruptions, et surtout la présence de corps étrangers qui traversent l'intestin et qui s'y forment : matières fécales endurcies, résidus d'aliments non digestibles, noyaux de fruits, calculs biliaires ou intestinaux. Dans tous les cas d'accidents subits de la péronite résultent de la perforation. La douleur est au niveau de la fosse iliaque droite avant d'envahir l'abdomen. Cette soudaineté et la soudaineté de l'invasion, chez des individus en apparence bien portants jusque-là, doivent suffire au diagnostic, suivant Volz (de Berlin).

Le développement est ordinairement rapide (*Voy. PERFORATIONS*); mais elle a été retardée dans les faits dans lesquels, des adhérences s'étant établies, la rupture a eu lieu soit dans un espace limité du péritoine, soit dans le tissu cellulaire péritonéal, en produisant ainsi un abcès de la fosse iliaque droite. Barlow a vu la perforation se faire à l'aide d'adhérences, dans l'artère iliaque externe, et déterminer une hémorrhagie intestinale mortelle (*The Lancet*, 1853). Des communications anormales ont été observées avec l'intestin grêle, le rectum, la vessie.

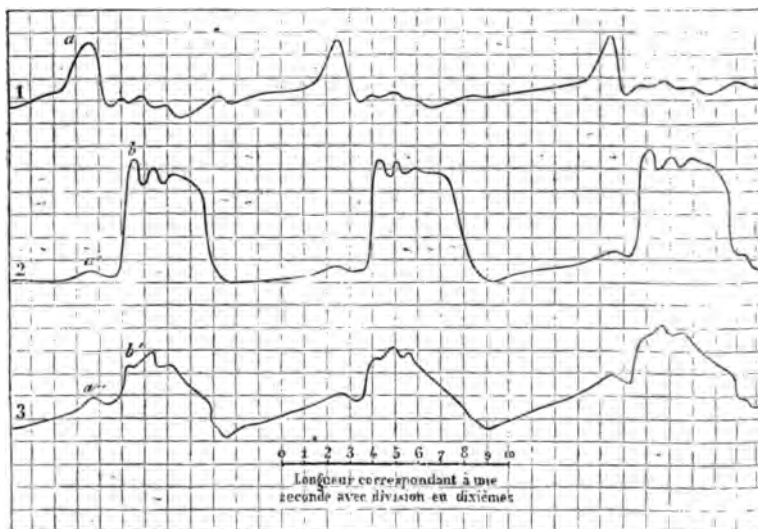
Quant aux commémoratifs, l'existence de coliques hépatiques antérieures ou de constipation opiniâtre habituelle ne peuvent suffire pour faire admettre que l'usage de la perforation est due à la présence, dans l'appendice cœcal, d'un calcul biliaire ou de matières fécales durcies. S'il s'agit d'un phthisique, il sera probable que la perforation est produite par une ulcération développée sous l'influence de la tuberculisation, qu'il y ait ou non des tubercules dans l'appendice. L'existence d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre éruptive, au moment des accidents, devra faire soupçonner qu'elles en sont l'origine. Une circonstance remarquable, qui ressort de quarante-cinq observations réunies par Lewis (*New-York Journ.*, 1856), c'est que la moitié des cas environ concerne des individus âgés de moins de vingt ans.

**CŒNUR.** — *Voy. FOIE.*

**CŒUR.** — L'organe central de la circulation, dont j'ai indiqué ailleurs la situation physiologique (*Voy. POITRINE*), peut non-seulement augmenter de

volume, mais encore subir des déplacements plus ou moins considérables. refoulé en haut par les épanchements abondants du péricarde, ou par le mouvement du diaphragme résultant de la distension de la partie supérieure de l'abdomen. Il est repoussé à droite ou à gauche par des tumeurs volumineuses, et, plus fréquemment, par des épanchements pleurétiques occupant le côté de la poitrine opposé à celui vers lequel se fait le refoulement. Dans ces différentes circonstances, on reconnaît le déplacement par la perception des battements du cœur dans la région qu'il occupe, soit au niveau ou à droite du sternum, soit plus ou moins en dehors du mamelon gauche, ou dans une région élevée que la région précordiale, sans que ces anomalies puissent être attribuées à un développement considérable de l'organe, que l'on ne trouve pas à sa place ordinaire.

Comme pour les autres organes, nous avons à considérer ici, d'une manière générale : 1° les maladies du cœur; 2° les symptômes ou signes dont il est le siège ou l'origine; et 3° ses moyens d'exploration. Mais avant d'aborder ces questions complexes, je dois rappeler qu'il faut que la théorie physiologique des mouvements et des bruits du cœur soit bien connue de l'observateur appelé à constater tous les jours sur les modifications anormales que lui présentent ces mouvements et ces bruits au lit du malade. Aussi de nombreuses théories, celle de Laennec, avaient-elles été produites, lorsque Chauveau et Marey ont voulu préciser, mathématiquement pour ainsi dire, la succession et les rythmes des divers mouvements et par suite des bruits du cœur. À l'aide d'un instrument enregistreur, le cardiographe, que je n'ai pas à décrire ici, ils ont pu obtenir en même temps trois tracés superposés et simultanés, *fig. 18*, représentant : 1° un tracé reproduisant les mouvements de l'oreillette; 2° un tracé pour le ventricule; 3° un autre enfin pour le choc du cœur contre la poitrine.



*Fig. 18.* — Rapports du choc précordial avec les mouvements intrinsèques du cœur (chez le chien). (J. MAREY et CHAUCHEAU.)

Les plus grandes ondulations indiquent les mouvements de systole (ascension) et de diastole (descente). Il est clair, d'après ces tracés, que chaque évolution du cœur se compose de la systole et de la diastole des oreillettes et des ventricules.



comprend : 1° la contraction de l'oreillette (1 a), qui se fait très-faiblement dans le ventricule (2 a'); 2° la contraction du ventricule (2 b), qui succède de l'oreillette sans la continuer immédiatement ; 3° *en même temps* que la contraction du ventricule, le choc du cœur (3 b'), choc qui n'a pas lieu par exemple comme phénomène isochrone de la contraction auriculaire, ainsi que dit Beau. La *diastole*, qui succède à la systole, est une période de relâchement pendant laquelle il y a d'abord irruption subite du sang dans l'oreillette, des veines caves ou pulmonaires au moment où cesse sa contraction, puis écoulement graduel du sang des oreillettes dans les ventricules, jusqu'à ce que la contraction auriculaire recommence le mouvement systolique. Il est curieux de voir, ainsi que l'a fait Luton, de Reims (*Nouv. Dict. de méd. et de chir., 2<sup>e</sup> ÉDITION*), que l'on soit ainsi revenu à l'explication primitive d'Harvey. Les sauts qui signifient les oscillations que présentent les lignes cardiographiques d'ascension et de descente ? Suivant Marey, le soubresaut que l'on voit dans la figure 19, à l'origine de l'ascension systolique, serait produit (comme on l'a vu dans la figure 18) par la contraction ou systole de l'oreillette ; le second soubresaut, près de la fin de la ligne de descente, par l'oscillation des valvules auriculo-ventriculaires ; et enfin celui qui précède la fin de la ligne de descente serait dû à l'abaissement subit des valvules sigmoïdes. — Une seconde question non moins importante que celle de

la mo-  
leur est  
la pro-  
a des  
se rap-  
à cette  
Le pre-  
nit, ac-



Fig. 19. — Trace obtenu avec l'appareil cardiographique.

ant l'impulsion ou le choc du cœur, coïncide évidemment avec la contraction du ventricule, quelle que soit l'explication de sa production. Le second soubresaut, rapporté avec raison au redressement ou à la tension des valvules sigmoïdes, comme l'ont signalé depuis longtemps Rouanet et Bouillaud.

**Maladies du cœur.** — Lorsqu'il existe des symptômes ou des signes qui font soupçonner l'existence d'une affection du cœur et que je rappellerai plus loin, il faut avoir présent à l'esprit l'ensemble des maladies qui siègent au niveau de cet organe. Outre les *déplacements* dont j'ai parlé tout à l'heure, il y a d'abord les *anomalies* du cœur, l'*HYPERTROPHIE*, l'*ENDOCARDITE*, les *DILATATIONS* générales, les *CONCRÉTIONS SANGUINES* ou *polypeuses* du cœur, et surtout les *RÉTRÉCISSEMENTS*, *INSUFFISANCES* et *INDURATIONS* des orifices vasculaires. Ces affections peuvent être reconnues ou au moins soupçonnées pendant la vie ; mais parmi ces maladies, il en est qui ne se manifestent que par des signes douteux, l'*ATROPHIE* du cœur, ses *ANÉVRYSMES PARTIELS*, sa *TRANSFORMATION* en tissu fibreux, ses *RUPTURES*, tandis qu'il en est d'autres qui sont complètement latentes, comme l'*apoplexie* du cœur, les *abcès*, les *tubercules*, le *cancer*, les *maladies*, la *gangrène*. Dans cette dernière catégorie de lésions rentrent aussi les *maladies* dites, considérée indépendamment de l'endocardite et de la péricardite, les *ulcérations*, l'*induration* ou l'état cartilagineux des parois du cœur. Les maladies de cet organe, considérées en général, sont fréquemment une des manifestations de la diathèse rhumatismale. Chez les enfants surtout, cette origine des maladies du cœur se rattachant à un rhumatisme articulaire aigu antérieur est observée fréquemment. D'un autre côté, les affections cardiaques infantiles remarquent souvent aussi comme complication ou plutôt coïncidence de

la chorée, suivant H. Roger, qui explique le fait par la nature identique, essentiellement rhumatismale des deux affections (*Voy. CHORÉE*).

2° *Symptômes*. — On a admis, comme signes généraux ou rationnels des maladies du cœur : le décubitus avec la tête élevée, l'injection de la face, cyanose, la bouffissure des paupières, le gonflement et les pulsations des veines jugulaires, la petitesse du pouls artériel, sa fréquence sans fièvre et souvent sa irrégularité, le refroidissement des extrémités, l'œdème des membres inférieurs ou l'anasarque, le sentiment de pesanteur ou de douleur à la région précordiale, de la dyspnée, des palpitations, les congestions et les hémorrhagies viscérales, surtout celles du poulmon.

Si, en abordant un malade, on constate cet ensemble de signes, ou plutôt un assez grand nombre d'entre eux, car il est rare de les rencontrer tous réunis, on soupçonnera aussitôt l'existence d'une affection cardiaque. Cette présomption se trouvera confirmée, si les antécédents apprennent qu'il existe, depuis un certain temps, de l'étouffement, des palpitations spontanées; et si, principalement chez un sujet encore jeune, ces troubles remontent à une affection grave antérieure, à un rhumatisme articulaire principalement, les probabilités d'une affection organique du cœur augmenteront; mais on n'arrivera à la conclusion diagnostique définitive que par l'examen plus complet du malade, surtout par l'exploration de la région précordiale au moyen de la percussion et de l'auscultation. Les signes extérieurs que je viens de rappeler, en eux-mêmes, n'indiquent rien autre chose qu'une gêne considérable ou un obstacle à la circulation, tandis que les signes physiques font déterminer la lésion qui peut en exister.

Il peut arriver que le malade, avec quelques symptômes fonctionnels du cœur, n'ait pas sa santé générale altérée sensiblement, et puisse vaquer à ses occupations pendant de longues années. C'est qu'alors il y a un équilibre entre les résistances que le sang rencontre sur son passage et la force de contraction du cœur. Mais si au contraire cet équilibre cesse, parce que l'obstacle au cours du sang augmente, ou que la force contractile du cœur diminue, ou par l'effet de deux causes réunies, on voit apparaître l'ensemble des symptômes généraux que je viens de rappeler, principalement par le fait de la stase sanguine en amont de l'obstacle.

C'est sur ces faits que Beau a attiré particulièrement l'attention, en donnant la dénomination d'*asystolie* à l'ensemble des phénomènes qui résultent de cette stase sanguine, et en les expliquant par l'insuffisance de la contraction du cœur pour surmonter les obstacles au cours du sang (*Arch. de méd.*, 1853, t. I, p. 15). Mais la constance de cette cause est loin d'être démontrée; et d'ailleurs cette cause, trop souvent hypothétique, n'est qu'un élément donné du problème. Le mot *asystolie*, appliqué à l'ensemble des phénomènes d'enrayement au cours du sang, en donne donc une idée incomplète, en indiquant comme source principale une cause secondaire. Cependant, en mettant de côté les hypothèses, dont je n'ai pas à me préoccuper ici, le travail de Beau a eu l'avantage d'attirer l'attention du praticien sur des faits pratiques très importants, et dont plusieurs peuvent être encore l'objet de recherches cliniques d'un haut intérêt. Ces réflexions que je faisais en 1860 ont reçu une confirmation complète des belles recherches de Marey (*Physiol. de la circul. du sang*, 1863), qui a fait jouer aux vaisseaux et surtout aux capillaires un rôle important dans la circulation. Aussi Peter a-t-il récemment (*Union méd.*, 1868) fait remarquer avec raison que Beau avait attribué un rôle trop exclusif au cœur. **P**our l'ensemble des phénomènes qu'il a compris dans l'*asystolie*.

Les phénomènes généraux n'ont qu'une importance secondaire comme signes de maladies du cœur, relativement aux signes physiques que je rappellerai plus à propos de l'exploration. Cela se conçoit facilement, puisque ces signes eux-mêmes peuvent être insignifiants par leur petit nombre. Il n'en est aucun d'ailleurs qui, par sa prédominance ou par son isolement, ne puisse en imposer pour une maladie du cœur qui n'existe pas, comme je l'ai rappelé à propos de la fièvre, de la DYSPÉPSIE, de l'HYSTÉRIE, de la fièvre INTERMITTENTE *pernieuse* (celle dite *cardialgique*). La confusion peut s'établir à propos des douleurs précordiales, des palpitations, de la dyspnée, de l'œdème ou anasarque, de la cyanose, de la congestion consécutive du foie, de la congestion hépatique, des hémorrhagies.

Rappelant ces phénomènes, je signale implicitement les complications diverses des maladies du cœur, parmi lesquelles les bronchites, les congestions pulmonaires allant quelquefois jusqu'à l'apoplexie du poumon ou l'œdème, la congestion du foie et les épanchements dans les séreuses, sont en premier rang. Il faut y joindre pourtant l'état adynamique, l'albuminurie, la cirrhose du foie, et des complications qui ne sont pas rares : la paralysie d'un membre, qui survient, entre autres accidents graves, lorsqu'un fragment de caillot ou de concrétion plus solide, entraîné hors des cavités du cœur par le sang, va s'arrêter dans une artère de ce membre, et en provoquer l'oblitération ; le ramollissement du cerveau lorsqu'il y a oblitération de la carotide ou des artères cérébrales ; et enfin des infarctus viscéraux quand le caillot s'arrête dans les artères qui se distribuent à l'organe affecté (Voy. les artérielles).

En définitive, les maladies du cœur, très-graves par elles-mêmes et par les complications qu'elles déterminent, ne peuvent être diagnostiquées par les symptômes fonctionnels. C'est aux progrès de l'anatomie pathologique et à ceux de la science moderne des méthodes physiques d'exploration qu'il faut demander les moyens de constater pendant la vie l'existence des lésions du cœur, et de déterminer leur siège précis dans telle ou telle autre partie de l'organe.

Le diagnostic anatomique est la base essentielle du diagnostic des maladies cardiaques ou des affections qui les simulent. Or, pour se reconnaître au milieu des phénomènes morbides complexes qui en résultent, il faut toujours se demander ce qui se passe :

Dans les parois thoraciques de la région précordiale (névralgie dorso-intercostale) ; — *b.* Dans le péricarde (péricardite, épanchements du péricarde, etc.) ; — *c.* Dans les parois ou l'épaisseur des cavités du cœur (hypertrophie, atrophie, dilatations, ruptures, etc.) ; — *d.* Dans l'endocarde ou les valvulaires des orifices (endocardite, lésions valvulaires) ; — *e.* Dans le sang lui-même, modifié dans sa composition (anémie), ou coagulé dans les cavités du cœur (concrétions ou polypes sanguins) ; — *f.* Enfin, par voie d'exclusion, on arrivera à admettre des troubles fonctionnels simplement nerveux.

Le diagnostic anatomique ne peut se faire qu'à l'aide des moyens suivants :

**Exploration et signes physiques.** — L'exploration du cœur se fait principalement à l'aide de l'inspection, de la palpation, de la percussion et de l'auscultation. On a imaginé un instrument très-ingénieux, le *sphygmoscope* ou *cardioscope*, destiné à mesurer avec délicatesse l'étendue de l'impulsion du cœur (Scott Alison, *The Lancet*, 1857). Mais, jusqu'à présent, c'est un moyen d'investigation n'offrant pas d'applications immédiates à la pratique habituelle. On est de même du *sphygmographe* de Marey, appliqué à la pointe du cœur,

ce qui est d'ailleurs assez difficile, de l'aveu de l'ingénieux physiologiste. Jus présent la pratique n'en a retiré que le profit des connaissances scientifiques qu'il a fait obtenir.

L'*inspection* de la région précordiale y révèle souvent une voussure qui fréquemment attribuée, et bien à tort, à l'hypertrophie cardiaque. Il faut qu ne tienne aucun compte des faits nombreux de saillies précordiales manifeste que j'ai signalées chez les individus bien portants et exempts de toute scoliosité vertébrale apparente, pour donner la voussure comme un excellent signe de maladie du cœur. C'est une conséquence extrêmement rare de l'hypertrophie ou de la dilatation cardiaque, et l'on risquerait souvent de commettre une erreur grave, si l'on concluait toujours du degré de la saillie précordiale à celui de la lésion (*Voy. INSPECTION DE LA POITRINE*). — L'inspection de la région précordiale constate encore les *battements visibles* du cœur, soit au niveau de sa pointe, soit dans une étendue plus ou moins considérable de la région précordiale, qui peut être fortement soulevée à chaque impulsion du cœur, et que l'on puisse toujours en conclure qu'il y a nécessairement une lésion particulière de l'organe (*Voy. PALPITATIONS*). Chez les individus très-amaigris, comme je l'ai plusieurs fois constaté dans la convalescence de la fièvre typhoïde, on voit quelquefois, au niveau des espaces inter-cartilagineux, à gauche du sternum, l'*ondulation auriculo-ventriculaire* qui précède immédiatement la systole des ventricules, et qui est analogue, à la gauche du sternum, à celle que Béhier et d'autres observateurs ont signalée chez un homme atteint de scissure congénitale du sternum (*Arch. de méd.*, 1855, t. VI). Il n'y a rien de pathologique dans ces faits; mais ils servent à éclairer la séméiologie et ne doivent être perdus de vue.

L'*application de la main*, ou la palpation, perçoit le degré d'impulsion visible ou invisible du cœur, les *frôlements* et le *frémissement* dit *cataclysme* produits par la migration du sang à travers les rugosités morbides des voies cardiaques, mais qu'il faut se garder de confondre avec les frottements de la *pericardite*. La palpation fournit encore un signe dont on a recommandé l'importance, non sans raison : c'est la détermination du point des parois thoraciques où bat la pointe du cœur, et que l'on doit quelquefois chercher bien en dedans du mamelon gauche, lorsque le volume du cœur est considérable, ou lorsqu'il est refoulé par un épanchement de la plèvre droite ou par une tumeur intra-thoracique volumineuse.

La *percussion*, en faisant percevoir une *matité* plus ou moins étendue et la forme du cœur, et non la disposition pyriforme de la matité d'un épanchement intra-péricardien, est un excellent moyen de diagnostic; cependant il faut pas en exagérer l'importance outre mesure, la matité pouvant se rapporter non-seulement à l'hypertrophie, à la dilatation du cœur, mais à toute augmentation de la masse cardiaque par des *tumeurs* de diverse nature. La régularité de la forme de la matité, reproduisant la forme du cœur, peut éloigner l'idée d'une de ces dernières lésions.

L'*auscultation*, en faisant entendre les bruits anormaux qui accompagnent et qui transforment les bruits naturels du cœur, est le procédé d'exploration qui rend le plus de services. Seulement il faut avoir soin, en l'employant, de recommander au malade de retenir momentanément sa respiration, pour que les bruits qui se passent dans les poumons ne viennent pas obscurcir ceux du cœur, qui arrive surtout lorsque cet organe est recouvert par le poumon. Cette dernière circonstance, manifeste lorsque le murmure vésiculaire de la respiration perçue superficiellement à la région précordiale en même temps que les bruits



du cœur, est elle-même un signe important dans plusieurs affections. Elle démontre que le cœur n'est pas augmenté de volume, du moins dans une forte proportion.

Quoi qu'il en soit, on peut établir d'une manière générale que, si l'on constate un frémissement vibratoire ou cataire plus ou moins rude, une impulsion exagérée du cœur, si l'on sent battre sa pointe dans une région plus éloignée en dehors et en bas que celle où il bat dans l'état normal; si, à l'auscultation, on constate un bruit de SOUFFLE plus ou moins rude, un bruit *musical*, ou de *rape*, ou de *scie*, et qu'à ces signes se joignent les symptômes extérieurs précédemment rappelés, que le foie soit congestionné, que le poulx comme les battements du cœur soient altérés dans leur rythme, il est certain qu'il existe une lésion du cœur.

Mais il est rare que ces signes, à la plupart desquels j'ai consacré des articles particuliers où j'ai exposé leur signification, soient réunis sur le même sujet. Beaucoup peuvent manquer. Il arrive même quelquefois que des lésions profondes ne donnent lieu à aucun signe de quelque valeur, et, réciproquement, des signes de quelque valeur sont évidents, sans qu'il y ait de lésion notable. Cela est malheureusement vrai même pour les signes physiques fournis par l'auscultation. On comprend dès lors quelle méfiance la connaissance de ces particularités exceptionnelles doit donner au praticien, et combien il doit être réservé dans son diagnostic. Sans doute ces faits ne sont pas ordinaires, cependant ils n'en démontrent pas moins la nécessité de redoubler d'attention dans l'examen des malades, et de bien étudier chaque signe dans ses particularités. Parmi ces signes, le dédoublement des bruits, les souffles et leurs dérivés, lesquels je reviendrai plus loin (bruits de *rape*, de *lime*, de *scie*, bruits *caux*), sont de beaucoup les plus importants. Mais la manière la plus sûre de juger de la signification de ces bruits anomaux du cœur est de partir de la théorie erronée pour lui appliquer les faits observés. Les seuls résultats constants de l'observation sont ceux qui, partant de la constatation du souffle pendant la vie, de sa concomitance avec l'un des deux bruits normaux du cœur, ou des deux silences qui les séparent, ont été rapprochés des lésions anatomiques. Ce contrôle d'une bonne observation pendant la vie par les faits anatomopathologiques fournit au praticien la base la plus inébranlable du diagnostic. C'est ce qu'ont montré les recherches pratiques de Hope, celles de Bouillaud, de Barth et Roger, et de beaucoup d'autres observateurs. J'ai traité la question à propos des SOUFFLES cardiaques, des RÉTRÉCISSEMENTS, des INSUFFISANCES et des INDURATIONS valvulaires du cœur; je n'y insisterai donc pas ici. Je dois seulement appeler l'attention sur la valeur générale des bruits anomaux qui se produisent en dehors du souffle.

Ainsi que Hope l'a fait remarquer, les bruits de *scie*, de *rape*, de *lime*, et les bruits *musicaux* (sifflement, roucoulement, miaulement), qu'il s'y joigne ou non le frémissement cataire, n'indiquent pas des degrés différents des lésions valvulaires du cœur, de même que leur rudesse n'est pas proportionnelle à l'induration et aux inégalités de ces lésions. Toutes les variétés que je viens de rappeler, et qui sont des exagérations ou des modifications du bruit de souffle, se rencontrent avec toute espèce de lésions, comme le souffle simple; seulement les insuffisances s'accompagnent le plus souvent d'un souffle doux et musical. Hope a fait aussi la très-juste remarque que les bruits les plus rudes, ainsi que ceux plus doux de reflux ou d'insuffisance, sont des signes certains de lésions organiques du cœur.

Dans cet aperçu général sur le cœur, j'ai utilisé les notions les plus positives



qui ont cours dans la science; il se complète par les nombreux articles auxquels j'ai renvoyé dans le cours de celui-ci (*Voy.* aussi les mots *POULS*, *PARASITATIONS*).

**COLIQUES.** — On ne comprend plus de nos jours sous cette dénomination toutes les douleurs vives siégeant dans l'abdomen, et qui étaient, pour les anciens, autant d'états pathologiques différents. Tout en considérant la douleur comme un simple signe, on a conservé le mot *coliques* pour désigner des états morbides complexes dans lesquels, autour de la douleur, considérée comme phénomène dominant, viennent se grouper d'autres signes particuliers. C'est d'après l'ensemble des données séméiologiques rapprochées de leur cause connue ou présumée que sont formulées les espèces.

Les coliques *hépatique*, *néphrétique*, *nerveuse* comprenant la colique *végétale* et celle dénommée *colique sèche des pays chauds*) sont les seules dont j'ai à m'occuper. Quant aux coliques *saturnine*, *utérine*, *hystérique*, *ventreuse*, il est question de la première au mot INTOXICATION (saturnine); les autres ne méritent pas d'articles particuliers. La *colique utérine*, en effet, dépend de causes trop variées, pour être autre chose qu'une douleur utérine symptomatique; la colique *hystérique* n'est que la précédente, à laquelle s'ajoutent des accidents hystériques d'un autre ordre, et enfin les coliques *ventreuses* sont dues à la distension de l'intestin ou de l'estomac par des gaz. Ces dernières constituent un phénomène trop simple pour qu'on en fasse un état pathologique particulier, lorsque la douleur diminue ou cesse aussitôt que les gaz sont expulsés; il n'en est autrement que lorsqu'il y a rétention des gaz dans l'intestin (*Voy.* PNEUMATOSES).

Je n'ai rien dit jusqu'ici de la *colique de cuivre* ni de la *colique de zinc*; se conçoit, puisqu'elles n'existent réellement pas. La première, en effet, reconnue pour être une simple entérite inoffensive, depuis que Chevallier (*Académie des sciences*, 1840), Boys de Loury (*Annales d'hygiène*, 1850), et Pignatelli après eux, ont démontré qu'elle devait être rayée du cadre nosologique comme intoxication. — La colique de zinc, qui se compliquait, disait-on, d'accidents cérébraux et de paralysie, n'était due qu'au plomb qui pouvait être mélangé au premier de ces métaux, ainsi que l'a prouvé l'innocuité de la préparation en grand de l'oxyde de zinc.

**I. Colique hépatique.** — Une gêne plus ou moins douloureuse de l'hypochondre droit, la constipation, une teinte ictérique légère de la face, manifeste dans les urines, constituent parfois les prodromes de cette colique, qui, d'autres fois, débute subitement.

**1<sup>o</sup> Éléments du diagnostic.** — Dans tous les cas, l'accès de colique hépatique présente les éléments diagnostiques suivants : *douleur* plus ou moins *violente* siégeant au-dessous des fausses côtes droites, d'où elle s'irradie dans divers sens et, dans certains cas, le long de l'uretère du même côté, *exaspérée* quelquefois à la pression, même la plus légère, au niveau du point mal; *diminuée* plus rarement par une large pression, et pouvant produire par son *intensité* une *agitation* extrême, de l'*anxiété*, des *vertiges*, du *délire*, des *convulsions*, ou une *syncope* prolongée; assez souvent *ictère*; *sécheresse* de la bouche et du pharynx, *éructations*, *nausées*, *vomissements* muqueux ou bilieux, distension de l'estomac par des gaz, *constipation*, *selles décolorées* comme du mastic, s'il y a arrêt du cours de la bile, ou *selles bilieuses* *abondantes* dans le cas contraire; *pouls calme ou lent*, peau sèche; enfin, dans certains cas, *tuméfaction sensible de la vésicule* à la palpation et à la percussion, au-dessous du rebord des fausses côtes.

*2<sup>e</sup> Inductions diagnostiques.* — La douleur vive, les vomissements, l'ictère et l'absence de fièvre, sont les principaux signes de la colique hépatique ; mais l'ictère peut manquer si l'accès est court et suivi du passage du calcul dans l'intestin, ou bien si le calcul occupe le canal cystique, les conduits hépatique et cholédoque restant libres pour le passage de la bile. Dans ces derniers cas, on est de même de la décoloration des selles, qui n'a pas lieu non plus. Un symptôme pris à part n'est d'ailleurs pathognomonique, pas plus la distension gazeuse de l'estomac, signalée comme caractère essentiel de la colique hépatique par Starck, que tout autre.

Il n'y a pas de données étiologiques assez spéciales pour éclairer le diagnostic, si ce n'est que l'on sache que les calculs (cause la plus ordinaire de la colique hépatique) se remarquent principalement à une époque assez avancée de la vie, et à l'être de préférence chez les hommes sédentaires.

Certains commémoratifs ont au contraire une grande importance : ce sont des antécédents antérieurs, manifestement hépatiques par l'ictère concomitant et l'émission de calculs par les selles. — L'évolution des accidents peut aussi servir le praticien, car la colique hépatique est caractérisée rarement par un accès ; ordinairement une attaque est constituée par plusieurs accès de douleur qui se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés ; un intervalle plus ou moins long, de dix années, par exemple, ainsi que je l'ai observé (CHOLÉCYSTITE), peut exister entre les attaques. La cessation brusque de la douleur, suivie d'un état de bien-être manifeste, doit faire penser que le calcul est tombé dans l'intestin, et il est important de faire dès lors rechercher si les matières fécales rendues, à partir de ce moment jusqu'à plusieurs jours de là, renferment pas la concrétion biliaire ; on devra le supposer dès que les matières fécales, jusque-là décolorées, deviendront liquides et bilieuses dès que les douleurs auront cessé.

La colique hépatique peut être confondue avec les autres *coliques* ou avec d'autres affections, surtout dans les cas où l'ictère et la décoloration des selles font défaut. — La *colique néphrétique*, lorsqu'elle occupe le côté droit, pourrait ainsi être prise pour une colique hépatique dans laquelle il y aurait irradiation de la douleur le long de l'uretère droit. Mais, d'un autre côté, on aura, comme motifs pour admettre la colique néphrétique, l'émission antérieure de urines plus ou moins volumineuses par les urines, ayant coïncidé avec des douleurs lombaires, et parfois avec une légère hématurie, la rétraction du testicule du côté de la fièvre, qui manquent dans la colique hépatique. — La *colique saturnine*, par l'absence d'un ictère évident, et surtout par la connaissance de la profession du malade, qui l'expose à absorber des sels de plomb, pourra être prise pour une colique hépatique sans une inattention grossière. — Suivant J. Frank, l'empoisonnement par les poisons minéraux se distingue de la colique hépatique par la continuité et l'abondance des vomissements, la douleur générale du ventre, la présence du poison dans les matières évacuées par la simultanéité des accidents chez ceux qui ont mangé avec les malades.

Certaines *occlusions intestinales*, celles qui ont lieu sans tumeur appréciable, pourraient aussi faire croire à la même colique, d'autant mieux que la distension gazeuse de l'estomac signalée par Starck dans la colique hépatique pourrait simuler le ballonnement du ventre qui accompagne l'occlusion de l'intestin. Mais, dans ce dernier cas, ce ballonnement est ordinairement trop étendu et trop prononcé pour qu'il puisse être attribué à la distension stomacale ; et d'ailleurs il faut supposer, pour tomber dans l'erreur, que l'ictère ou les vomissements stercoraux font défaut : or, cela est rare pour l'ictère dans la

colique hépatique, et pour les vomissements stercoraux dans l'occlusion intestinale. — La *péritonite par perforation* s'éloigne de la colique hépatique par des signes assez tranchés : par la douleur de ventre générale et habituellement excessive au moindre contact, par la fièvre, par la continuité et l'aggravation rapide des accidents, et enfin par l'absence de l'ictère.

La colique hépatique est si rarement le résultat de l'obstruction des canaux biliaires par une autre cause que les calculs, par des ascarides, par exemple, l'on doit toujours songer à l'existence des calculs. On ne pourrait, en effet, soupçonner la pénétration d'ascarides de l'intestin dans les canaux biliaires, dans un cas de colique hépatique, si l'individu atteint avait récemment expulsé des entozoaires, avant l'accès de colique, ou plutôt immédiatement après la cessation des accidents douloureux, comme l'a vu le docteur Schloss (Bonfils, *Arch. méd.*, 1858, t. XI). Mais, dans les faits si rares de cette espèce, la cause de la colique ne serait jamais que supposée, car rien ne peut démontrer qu'alors il n'ait pas simultanément des calculs dans les voies biliaires et des ascarides dans l'intestin.

Quoi qu'il en soit, la colique hépatique étant admise, il est possible, jusqu'à un certain point, de préciser le *siège*, dans les voies biliaires, de l'obstacle qui a produit.

Si le calcul occupe le *canal hépatique*, a-t-on dit, il y a tout d'abord une douleur violente au rebord des fausses côtes droites, vomissements et, dans certains cas, péritonite suraiguë si le canal se rompt et laisse tomber le calcul dans le péritoine. — Lorsque le calcul est passé de la vésicule dans le *canal cystique*, la bile continuant à fluer dans l'intestin par les canaux hépatiques et le cholédoque restés libres, il peut n'y avoir ni ictère ni décoloration des matières fécales; mais on peut constater la rétention de la bile dans la vésicule, qui résulte la distension de ce réservoir, sensible à la palpation et à la percussion (*Voy. RÉTENTION [de la bile]*). — Enfin, si le calcul occupe le *canal cholédoque*, on observe les signes les plus complets de la colique hépatique; n'ai-je pas à insister sur ce point.

Les attaques de colique hépatique sont parfois accompagnées ou suivies de complications diverses. Ces complications contribuent, dans certains cas, à faciliter le diagnostic de l'attaque, et réciproquement. Il me suffira de rappeler la *cholécystite*, la *rétention de la bile* dans la vésicule, l'*hépatite* aiguë ou chronique, la *péritonite* par rupture des voies biliaires, et, comme phénomène accessoire, le passage du calcul dans l'intestin, sa pénétration dans l'appendice cœcal qu'il peut perforer (péritonite suraiguë), et l'*occlusion intestinale* par un gros calcul ou de nombreuses concrétions biliaires accumulées.

À la suite de la colique hépatique, il peut persister une douleur locale qui tient à des causes différentes, mais surtout à la présence, dans les voies biliaires, d'autres calculs que celui qui a occasionné les accidents récemment observés. De l'arrêt du calcul dans le canal qu'il a parcouru peuvent résulter des attaques de colique hépatique très-prolongées, des dérangements continus des fonctions digestives, de la tristesse, et un dépérissement prononcé. Ces particularités doivent être présentes à l'esprit de l'observateur.

3<sup>o</sup> *Pronostic.* — Le pronostic de la colique hépatique est le plus souvent favorable, à moins de complications.

II. **Colique néphrétique.** — La colique néphrétique est produite par la présence d'un corps étranger à l'origine ou dans le trajet de l'uretère qui se distend.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Le caractère symptomatique principal de

la colique néphrétique consiste en une *douleur* devenant plus ou moins rapidement aiguë, pongitive, avec des battements et des élancements dans la région comprise par un des reins ou par les deux. Cette douleur se prolonge, *suivant le trajet de l'uretère*, jusque dans la *vessie*, dans l'*aine*, dans la *cuisse* correspondante qui est comme engourdie, quelquefois raide ou tremblante, et, chez l'homme, jusqu'au *testicule*, qui est rétracté douloureusement vers l'anneau. Les grands mouvements du diaphragme, l'éternument et, dans la plupart des cas, la pression exercée sur la région rénale exaspèrent la douleur, qui est soude-chirante, provoque des gémissements, et produit une anxiété et une agitation extrêmes. Il y a parfois *anurie* complète, et, le plus ordinairement, *urie* avec *ténésme*, et émission d'*urine* tantôt rare, rouge, épaisse, sanguinolente, tantôt claire, aqueuse, abondante, parfois contenant des graviers ou du mucus (orsqu'il y a pyélite). Il survient aussi du *hoquet*, des *nausées*, des *vomissements* ou des *vomissements*, et un ensemble de signes plus ou moins qui peuvent résulter de la violence de la douleur.

*Inductions diagnostiques.* — La violence de la douleur, son invasion brusque, son siège, son extension à la vessie, à la cuisse correspondante, et la persistance du testicule du même côté, font de cette douleur seule, lorsqu'elle est associée à l'ensemble des caractères que je viens de rappeler, un signe pathognomonique de la colique néphrétique. Malheureusement elle ne se présente pas toujours avec un ensemble aussi complet, et alors il faut attacher plus d'importance à d'autres éléments du diagnostic.

Les faits commémoratifs ont une grande valeur lorsqu'ils apprennent que le malade a eu précédemment des graviers avec les urines, des vers rénaux (*acéphalostomum géant*), et s'il y a eu récemment une hématurie assez abondante ou une migration de caillots en viennent à distendre l'uretère dans leur migration vers la vessie. On devra aussi s'enquérir des causes occasionnelles qui peuvent avoir provoqué la colique néphrétique, due le plus souvent au déplacement d'un calcul par un effort, un mouvement brusque, par le cahot d'une voiture : les circonstances dont la connaissance vient corroborer le diagnostic porté. — La rapidité des accidents observés, leur *intermittence*, leur *courte durée*, leur être de quelques heures, et rarement de plus d'un ou de deux jours, la *migration brusque* assez souvent, sont encore des éléments de diagnostic à faire tenir compte.

Comme j'ai indiqué plus haut, à propos de la colique hépatique, avec laquelle on a quelquefois confondue la colique néphrétique, les caractères différenciels de ces deux états pathologiques. Il ne me paraît pas utile d'indiquer les différences symptomatiques qui existent entre la NÉPHRITE et la colique néphrétique, vu les caractères tranchés qui séparent ces deux affections.

Même si la colique néphrétique est reconnue, il faut encore déterminer sa cause, son siège, et les complications qui peuvent exister.

Quant à la cause anatomique, elle est presque toujours la présence d'un calcul dans les voies urinaires supérieures, soit que ce calcul les irrite et les obstrue par ses aspérités, soit qu'il distende douloureusement l'uretère, dont le calibre est insuffisant pour lui donner facilement passage, ce qu'il est souvent impossible d'établir au lit du malade. La fréquence de cette cause est telle qu'il faut d'abord la supposer, puis l'admettre comme prouvée si le malade a présenté antérieurement des signes de *gravelle* ; on ne la rejettera que dans le cas où la présence des *acéphalocystes* et des *strongles* dans les voies urinaires se serait révélée par l'expulsion préalable de ces helminthes dans les urines. — Si la colique est due à un *caillot* qui distend les voies urinaires

supérieures à la vessie, condition d'ailleurs très-rare, il y aura d'abord une hémorrhagie plus ou moins abondante, qu'il ne faut pas confondre avec l'hématurie légère qui accompagne la présence des calculs, et, de plus, on peut constater l'absence de tout accident antérieur de gravelle.

Le siège occupé par le corps étranger qui provoque la colique néphrétique, ordinairement d'un seul côté, peut-il être déterminé? Jusqu'en ces derniers temps, on était porté à penser que la cessation brusque de la douleur et d'accidents concomitants annonçait la chute du calcul dans la vessie. Mais Gigon, dans un travail nouveau sur l'uretère (*Union méd.*, 1856), a démontré que la partie moyenne de ce canal, que l'on croyait cylindrique, présente un renflement fusiforme constant; on conçoit donc très-bien qu'un calcul engagé dans la partie supérieure rétrécie, que Gigon appelle *col urétérique*, puisse se dégager dans la cavité fusiforme moyenne de l'uretère, et que les accidents cessent sans que le calcul ait gagné la vessie. Il peut même provoquer plus tard une nouvelle colique en s'engageant dans la terminaison plus étroite de l'uretère. Ces alternatives de rétrécissement et de dilatation, qui existent partiellement dans les deux portions rétrécies signalées par Gigon, peuvent expliquer, dans certains cas où un fort gravier chemine dans l'uretère, les intermittences de la douleur toutes les fois que la concrétion gagne une partie renflée du conduit? Mais de pareilles intermittences existent aussi dans la colique hépatique, et cependant les conduits biliaires n'offrent pas la même condition.

Les complications se reconnaissent : la *pyélite*, à la présence du mucus ou du pus dans l'urine ; la *rétenction de l'urine et du pus* dans le rein, tumeur que le liquide accumulé forme au niveau de cet organe.

3<sup>e</sup> *Pronostic.* — La gravité du pronostic de la colique néphrétique est donnée aux différentes particularités de cet accident pathologique. Il est favorable évidemment : si le corps étranger qui obstrue les cavités supérieures des voies urinaires est susceptible d'être entièrement expulsé avec l'urine, comme les caillots sanguins, les vers rénaux, les graviers de dimensions faibles et saines pour traverser les urètres; et si ces graviers ne présentent pas de pointes aiguës capables de déchirer la muqueuse des conduits. Le pronostic est très-grave, au contraire, si la colique néphrétique a déjà récidivé souvent chez le même sujet, ce qui annonce que le corps obstruant est trop volumineux dans une disposition telle qu'il ne peut être expulsé au dehors, et ce qui fait craindre, si elles n'existent pas déjà, les complications graves que les calculs rénaux peuvent produire.

III. *Coliques nerveuses.* — Longtemps on a décrit comme des maladies différentes un certain nombre d'affections qui doivent être réunies sous la même dénomination, celle de *coliques nerveuses*. Valleix a rangé sous ce nom les coliques dites d'*Espagne*, de *Madrid*, du *Poitou*, de *Devonshire*, de *Cayenne*, de *Surinam*, et les affections appelées *colique végétale*, *colique nerveuse*, *névralgie du grand sympathique*, *gastro-entéralgie rhumatismale* des marins (Langevin), *colique névro-gastrique* (Baudry), *coliques* (Mauduyt), etc. Mais il ne faut pas oublier que trois affections différentes, le *dérivé*, le *barbier*, se trouvent comprises parmi les faits décrits et observés par les auteurs sous ces différents noms : ce sont la *colique nerveuse*, la *colique végétale* et la *colique nerveuse endémique des pays chauds*. Je n'ai à m'occuper que des deux dernières.

A. *COLIQUE VÉGÉTALE.* — On a décrit sous ce nom une colique caractérisée par des douleurs abdominales plus ou moins violentes, que l'on a attribuées



des vins, à des cidres, ou à des fruits acerbes. Depuis que l'on a signalé la similitude des symptômes de la colique de plomb et de la colique sèche des pays chauds, et que, d'un autre côté, on a signalé la sophistication fréquente des vins du cidre par la litharge, on a rayé du cadre nosologique de la plupart de nos écoles de pathologie la colique végétale proprement dite, comme n'existant pas. C'est une erreur que je ne saurais partager. En province, on est appelé quelquefois à donner des soins pour des coliques dues à l'ingestion d'une certaine quantité de pommes vertes ou de petites prunes sauvages, coliques cédant assez promptement à l'usage d'une boisson aromatique. Cette affection passagère doit être considérée sans doute comme une variété d'entéralgie; mais sa cause toute locale doit lui faire occuper une place à part. Elle est d'ailleurs essentiellement différente de l'affection suivante.

**COLIQUE SÈCHE OU NERVEUSE ENDÉMIQUE DES PAYS CHAUDS.** — Cette maladie n'est-elle réellement? ou bien n'est-elle qu'une manifestation, soit de l'intoxication saturnine, soit de l'intoxication paludéenne? Telle est la question que débattue depuis longtemps entre les chirurgiens de la marine. Comme morboide spéciale et endémique dans les pays chauds, et notamment sur la côte occidentale d'Afrique, elle a perdu presque toute son importance depuis la publication de la première édition de cet ouvrage, et cela au profit de l'intoxication saturnine, dont les faits, qualifiés improprement de coliques sèches, se sont tellement multipliés, qu'il semble qu'il ne reste plus de place pour cette affection.

Il est capital qui domine l'étude pratique de la colique sèche dite des pays chauds, c'est la similitude absolue des symptômes et des complications de la colique sèche avec les symptômes et les complications de la colique saturnine ou, pour mieux dire, de l'intoxication saturnine (*Voy. ces mots*). Fonssagrives ainsi que d'autres observateurs qui ont considéré la colique sèche comme une morboide spéciale ont constaté cette similitude de phénomènes et ne sont parvenus qu'à des différences insignifiantes de fréquence pour tel ou tel symptôme. La colique sèche, avec ses caractères de douleur intense, avec vomissements, constipation, gingival ardoisé, puis les paralysies spéciales, et l'encéphalopathie sous ses modalités diverses, sont communes aux deux affections, dont l'évolution est également semblable de part et d'autre. Cela étant admis, l'étiologie de la question; aussi a-t-elle été le sujet des plus nombreuses conclusions.

La colique sèche a été considérée d'abord comme endémique dans les pays chauds. Mais des recherches ultérieures faites depuis la publication du livre de Fonssagrives, qui a considéré la maladie comme une simple intoxication saturnine (1858), ont démontré que cette endémicité n'était qu'apparente et qu'elle était simplement à la présence des vaisseaux français dans les parages où la colique sèche était observée. A la suite du rapport de Lefèvre à l'Amirauté, des mesures sérieuses furent prescrites pour éviter, sur les navires de l'intoxication plombique attribuée avec raison : 1° aux cuisines distillées avec tuyaux en plomb; 2° aux charniers ou réservoirs d'eau, à siphons en métal, et contenant de l'eau acidulée; 3° aux vases et ustensiles en alliage à trop bas titre; 4° au mauvais choix des alliages employés à la fabrication des vases culinaires; 5° enfin aux mastics, peintures et enduits plombifères largement employés sur les navires. Il résulta de ces mesures sanitaires curieuses et importantes. Les navires partis de France avant l'adoption de ces mesures, se trouvant en station (de 1859 à 1864) sur les côtes occidentales de l'Afrique avec d'autres navires soumis avec soin aux réformes prescrites dans le

but d'éviter l'intoxication, ceux-ci furent à peu près exempts de coliques sèches, tandis que des cas relativement nombreux (quarante-cinq) se montrèrent parmi les équipages des premiers. Précédemment (1856 à 1859), Buisson se trouvait en station dans ces mêmes parages sur un navire à voiles sans cuisine ou atelier distillatoire, ni charniers à siphons de plomb, n'eut à enregistrer que des cas de coliques produites évidemment par l'usage de vases dont l'un contenait 36 à 40 pour 100 de plomb. Que devient ici l'endémicité? Contre l'endémicité, on a fait aussi la remarque que les navires anglais, quoiqu'ils fussent dans les mêmes conditions d'aménagement que les navires français, étaient à peu près exempts de coliques sèches. On a attribué cette immunité bien connue à ce que les marins anglais ne font pas usage de vin. Or, le vin dissout avec la plus grande facilité des sels de plomb (par l'acide acétique qu'il contient), comme l'a démontré Archambault (*Soc. des hôp.*, 1864), et son usage favorise ainsi l'intoxication chez les marins de France. L'intoxication est constante au delà de l'équateur (Lefèvre (*Etiologie saturnine de la colique sèche*, *Arch. de méd. nav.*, 1861), ainsi qu'à Fournier et à d'autres médecins de la marine. D'autres, tout en admettant qu'il y a des intoxications par le plomb, soutiennent encore l'entité de la colique sèche, qui paraît difficile à admettre après le dernier travail de Lefèvre. Ils en font une manifestation de l'intoxication palustre, comme l'avait déjà fait Fonssagrives il y a quelques années (*Union méd.*, 1856). Petit a insisté sur la cause (*Rev. marit. et colon.*, 1861), ainsi que Vidal (*Th. de Montp.*, 1861). Petit reconnaît qu'il y a quelquefois intoxication par les sels de plomb, surtout et en plus grand nombre des coliques sèches par infection miasmatique qui constitueraient une névralgie par refroidissement. On a objecté avec raison cette manière de voir les relevés statistiques faits par Cerf-Mayer (1857), Poirer (1862) à la Guyane, ainsi que ceux de Jossion (1864), d'où il résulte que la colique sèche est un fait exceptionnel au milieu d'un très-grand nombre d'intoxications miasmatiques (Lefèvre, *loc. cit.*). La variété et l'importance des symptômes, dont je n'ai rappelé ici qu'un petit nombre, semblent donc démontrer que l'on doit désormais confondre la colique sèche avec la colique saturnine et que, si l'on prouve l'existence d'accidents palustres ressemblant à la colique sèche, ce ne peut être, comme Petit l'a avancé, qu'une névralgie qui n'a rien de commun avec la colique dite sèche ou saturnine que la douleur intense qui se situe au niveau de l'abdomen.

Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, je n'en tiens à ce simple exposé que j'ai dû faire au point de vue du diagnostic d'une maladie qui a été longtemps confondue avec l'INTOXICATION SATURNINE. (Au point de vue des coliques en général, voyez aussi PNEUMATOSES.)

**COLITE.** — Il n'est possible de distinguer la colite ou inflammation du côlon de l'entérite de l'intestin grêle que dans des cas exceptionnels dont il a été question à propos de l'ENTÉRITE. Quant à la DYSSENTERIE, c'est une affection que l'on ne peut considérer comme une simple colite, ainsi que l'ont fait quelques auteurs.

**COLLAPSUS.** — Voy. ADYNAMIE.

**COLLISION** (Bruit ou sensation de). — Le bruit de collision, perçu soit par simple audition ou par l'intermédiaire du stéthoscope, provient du frottement réciproque de calculs accumulés dans la vésicule biliaire, lorsqu'il se passe sous les fausses côtes droites (Voy. BILIAIRES [Voies]). Il a été perçu aussi dans la fosse iliaque du même côté, par suite d'une accumulation de noyau de calcul dans l'intestin. Il y a encore collision d'air et de liquide dans le bruit de succussion, et pendant la production des râles. Le malade a quelquefois con-

force de la production de ces collisions diverses, de même que le médecin ne peut en avoir la sensation par l'application de la main ou la palpation.

**COLON.** — Le gros intestin, ou colon, occupe, chez l'homme sain, les deux tiers latéraux et la partie supérieure de l'abdomen, en circonscrivant l'intestin grêle, qui en occupe le centre. Dans l'état pathologique, le colon ascendant ou descendant, mais surtout le transverse, subissent des déplacements plus ou moins considérables, soit par suite d'un refoulement, soit par le relâchement du mésocolon, soit enfin par la distension de la cavité du colon par des gaz, une distension qui peut être telle que le gros intestin soit presque seul en rapport avec les parois abdominales antérieures.

Les obstructions intestinales, la rétention des matières fécales dans le colon, l'inflammation chronique de sa muqueuse, la dysenterie, le cancer, la dilatation du colon, son rétrécissement ou sa perforation, comme tous les organes creux, sont les affections que l'on y rencontre.

Il s'agit, dans ces différents états pathologiques, les signes qui indiquent est le colon qui est affecté, et non l'intestin grêle? En dehors de la dysenterie, dont la localisation anatomique dans le colon ne laisse aucun doute, dans les autres états pathologiques où le gros intestin est affecté ne présentent rien de spécial, soit pour la douleur, soit pour les troubles fonctionnels. La diarrhée, en effet, peut exister dans l'inflammation du petit comme du gros intestin. Il n'y a pas de diarrhée, les excréments intestinaux présentent cependant quelques caractères tels, que l'on doit supposer la lésion dans le gros intestin. Ainsi que, lorsque du pus ou du sang se sont écoulés par l'anus, et qu'ils ont bientôt suivi de matières fécales moulées et exemptes de ces produits, on doit admettre que la lésion occupe les dernières portions du colon, si elle ne siège pas au rectum.

En dehors de cette particularité diagnostique, l'inspection du ventre, la palpation et la percussion peuvent amener à établir d'une manière précise la lésion du gros intestin, sinon dans tous les cas, du moins dans un bon nombre. C'est ce qui arrive lorsque les signes fournis par ces moyens d'investigation sont localisés suivant le trajet, et par conséquent au niveau des colons ascendant, transverse et descendant. On constate alors, dans la direction que je viens d'indiquer : une tumeur, une tuméfaction du ventre ; à la palpation, une résistance plus ou moins prononcée, inégale, comme dans l'engorgement stercoral ; à la percussion, une matité ou une exagération du son. En dehors de ces signes, la localisation dans le colon, de l'état pathologique observé, ne peut s'établir que par l'ensemble des données diagnostiques qui se rapportent à la maladie.

**COLORATIONS ANOMALES.** — Les organes visibles, et la peau en particulier, présentent des modifications de couleur très-diverses, qui souvent attirent immédiatement l'attention du médecin, et servent de point de départ à des fonctions diagnostiques.

Si ces colorations anormales aient quelquefois une grande valeur comme diagnostic, je ne crois pas devoir en faire une étude détaillée. Les unes, en effet, sont relativement peu d'importance ; les autres ont été décrites à propos des lésions de la peau (MACULES) et d'autres affections auxquelles elles se rapportent, ou bien ces colorations se montrent au niveau de certains organes accessibles à la vue, et j'en ai parlé à propos de chacun d'eux ; ou enfin au niveau de certaines EXCRÉTEES par d'autres voies que la peau.

En dehors de ces exceptions nombreuses, la peau présente des colorations anormales qui sont générales ou partielles. Les premières sont d'observation vul-

gaire, comme les *rougeurs* dues à la CONGESTION cutanée, la *pâleur* annonçant l'anémie locale ou générale, l'ICTÈRE et ses variétés. La coloration ardoisée de tout le tégument par suite de l'ingestion prolongée du *nitrate d'argent* est rare, mais facilement rapportée à son origine par l'interrogatoire. Cette coloration d'abord bleuâtre, puis bronzée, est plus intense aux endroits où la peau est fine et plus exposée à la lumière, comme à la face et aux mains. L'usage prolongé de l'arséniate de soude à l'intérieur, ainsi que l'a signalé Devès (*Traité prat. des mal. de la peau*, 3<sup>e</sup> édit., p. 753), donne à la peau une coloration fauve. J'ai vu ce médicament administré par moi à une dame d'Afrique et atteinte de fièvres intermittentes rebelles présenter en quelques jours des taches bistrées ressemblant au psoriasis, mais qui, vues à la loupe, montraient une surface légèrement grenue avec un liséré d'épiderme déchiré s'insérant au pourtour, et qu'on pouvait prendre à l'œil nu pour des squames de psoriasis. — Une coloration bleue des ongles a suivi quelquefois l'administration interne de l'indigo (Bazin).

Les colorations partielles et accidentelles en dehors des affections cutanées proprement dites sont peu nombreuses. Elles comprennent : d'abord la *couleur rosée* que présente quelquefois la peau au niveau des articulations atteintes de rhumatisme, au niveau des plaques d'érythème noueux, ou des lymphatiques enflammés (*angioleucite*) ; les plaques rouges de congestion des joues dans les affections thoraciques ; les congestions plus étendues produites par les *obliterations vasculaires* ; la teinte jaunâtre du pourtour du nez et des lèvres dans l'état dit *bilieux* ; celle plus franchement jaune, qui succède à des *ecchymoses* partielles et, aux membres inférieurs, à la résolution de l'érythème noueux, je viens de rappeler. Outre ces colorations transitoires, auxquelles on peut ajouter la coloration ardoisée ou bleuâtre de la CYANOSE, il en est qui sont longtemps persistantes : telles sont la teinte comme enfumée de la peau dans la BRONZÉE, et celle d'une couleur noirâtre, brunâtre ou bleu foncé, qui résulte de l'exsudation pigmentaire caractérisant la CHROMHYDROSE, et occupant principalement les paupières. Cette dernière coloration se distingue de toutes les autres par la facilité que l'on a d'enlever, pour un certain temps, la matière colorée en frottant la peau avec un linge imbibé d'huile. Enfin nous terminerons en mentionnant les taches brunes ou noirâtres que fait apparaître, dans diverses parties du corps, un bain sulfureux pris par un individu qui a manié ou absorbé des préparations de plomb. Il n'est pas toujours possible de décider si ces taches sont dues à un simple dépôt moléculaire de sel plombique à la surface du corps, ou, comme l'admet Chatin (*Thèse*, 1844), à la perspiration éliminant d'une préparation saturnine qui a pénétré l'économie.

**COMA.** — 1<sup>o</sup> En considérant ce symptôme comme un assoupissement morbide plus ou moins profond, il est difficile de le distinguer, à son degré le plus faible, de la somnolence, dont il n'est que l'exagération. Les variétés de forme que présente le coma n'offrent dans la pratique que peu d'importance. Elles annoncent souvent un état grave ; aussi, dès qu'il est constaté, doit-on rechercher son origine, s'il ne survient pas comme accident prévu dans le cours d'une maladie que l'on observe.

2<sup>o</sup> La recherche des *conditions pathologiques* auxquelles se rattache le coma n'est pas toujours facile. Il faut en chercher le point de départ dans une affection encéphalique, ou dans une maladie non localisée dans l'encéphale. Cependant, malgré la diversité de son origine, on a reconnu, dans la plupart des constatations cadavériques, que sa cause anatomique était le plus souvent une compression de la pulpe cérébrale par un épanchement sanguin ou séreux,

is séreuses, ou une simple congestion. Plus rarement il n'a existé n'apparente.

*tion cérébrale*, l'hémorrhagie cérébrale ou arachnoïdienne, l'encéphalite et l'hydrocéphalie aiguë, sont les affections intracraniales qui s'accompagnent de coma. Tantôt il a lieu dès le début de la maladie, comme par le fait de la congestion et des hémorrhagies intracraniales dans leur cours, dans la méningite ou dans les suffusions sanguines, par exemple. Le diagnostic tire parti de ce mode d'invasion du coma; mais, pour en déterminer la condition pathologique, si elle est graduelle, on doit tenir compte de l'ensemble des symptômes, de la maladie préexistante, dont le coma n'est qu'un épiphénomène ou plus ou moins tardif.

Un accident prévu ou dont l'invasion est à redouter, que le coma soit dans les fièvres graves, dans l'affection typhoïde, les fièvres éruptives, dans l'ictère grave, la morve aiguë (où le coma alterne avec le délire), dans la fièvre puerpérale, dans le rhumatisme articulaire aigu (dit alors cérébral), et comme accident ultime d'une foule de maladies, le coma constitue le signe caractéristique de la fièvre pernicieuse, de la forme comateuse de l'encéphalopathie saturnine, ou de la *Bright*.

Dans différentes conditions, l'obscurité du diagnostic peut provenir de ce qu'on observe d'emblée le malade dans l'état comateux, sans avoir suivi le développement de la maladie, et surtout si l'on est privé de renseignements antérieurs. On peut arriver pour le coma qui suit l'épilepsie, si les lèvres ne sont pas saillantes et sèches, pour celui de l'hystérie, pour le coma de l'hygiène, pour l'ivresse comateuse, si l'individu n'exhale pas l'odeur des boissons spiritueuses, et enfin pour le coma du narcotisme, si on ne vient mettre sur la voie du diagnostic.

Combien est variée la signification du coma, signification qui ressemble de ces phénomènes concomitants et antérieurs, plutôt que des symptômes de la maladie. Il est d'autant plus grave que la modification du coma est plus profonde. Lorsqu'il est dû à une simple congestion, dans certaines maladies fébriles, le coma ne constitue souvent qu'un état passager.

**MORATIFS.** — Voy. EXAMEN DES MALADES.

**COMMUNICATIONS MORBIDES.** — Tous les organes creux de l'organisme, toutes les cavités accidentelles qui s'établissent ou se creusent au sein des organes, sont exposés à subir des communications morbides, soit avec l'extérieur. Ces phénomènes accidentels, ou plutôt ces complications, se rattachent à des états pathologiques extrêmement variés. Elles se produisent de la communication morbide soit une déchirure, une ulcération, un kyste ou une tumeur ramollie, un abcès, un anévrysme, une collection de liquide dans ses voies naturelles; qu'il résulte de cette communication morbide le passage d'un gaz, d'un liquide ou d'un corps solide, soit d'un organe creux ou d'une cavité, dans un autre organe ou dans une autre cavité, soit même directement à l'extérieur du corps : c'est toujours par perforation que cette communication morbide s'effectue. Je n'ai donc pas besoin de ces deux derniers mots pour le diagnostic des phénomènes d'infiltration, de communications consécutives des communications inter-organiques.

En dehors de ces communications morbides accidentelles, il en est de nombreuses, parmi lesquelles je dois rappeler spécialement celles du cœur.



Le diagnostic de la persistance du *trou de Botal* est-il possible pendant la vie? Bizot a constaté assez fréquemment cette communication persistante des deux oreillettes chez des individus de tout âge, et sans qu'il en soit aucun symptôme particulier (*Mém. de la Soc. d'observ.*, t. I). Il en a même de J. W. Ogle, qui l'a trouvée treize fois sur soixante-deux cadavres par hasard (*Journ. de Physiol.*, 1859). Le défaut de symptômes provenait de la libre entre la circulation des deux sangs artériel et veineux, qui a été signalé par Louis (*Mém. et rech. anat. path.*, Paris, 1826). On ne saurait donc, ce qu'on le faisait avant lui, considérer la *cyanose* comme le signe pathognomonique de la persistance du trou ovale; et lorsque ce signe existe, et que les malades présentent en même temps des *lipothymies*, la sensibilité au froid et l'étiologie, il n'en résulte que l'ensemble des phénomènes généraux des maladies du cœur. Le seul symptôme, suivant le docteur Louis, qui pourrait annoncer d'une manière sûre la communication dont il s'agit, serait une *suffocation* plus ou moins considérable, qui reviendrait par accès souvent périodiques et toujours très-fréquents, accompagnés ou suivis de *lipothymies*, avec ou sans coloration bleue de tout le corps, et provoqués par les moindres causes. Ces signes malheureusement loin d'être habituels.

Une coïncidence que Louis a signalée dans plus de la moitié des cas de persistance du trou de Botal, c'est le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Le docteur Cock a confirmé ce fait en étudiant les affections congénitales du cœur (*ARTÈRES*, p. 88). Si donc on pouvait constater l'existence du rétrécissement de l'artère pulmonaire, il y aurait de grandes probabilités pour la persistance du trou ovale. Mais ce rétrécissement est d'un diagnostic extrêmement difficile, sinon impossible. Cependant Deguise (*Thèse*, 1843) rapporte que Boule annonçait en percevant, à l'auscultation d'un malade, un souffle qui se percevait de droite à gauche à la base du cœur. Il est clair que ce n'était qu'une exception.

**CONCRÉTIONS SANGUINES DU CŒUR** (POLYPES SANGUINS, (LOTS FIBRINEUX DU CŒUR). — Malgré les travaux modernes, et en particulier ceux de Legroux et Bouillaud, le diagnostic des concrétions fibrineuses ou polypiformes du cœur est entouré d'obscurités. Dans des faits assez nombreux, les concrétions se forment d'une manière latente. Dans les autres, on ne peut soupçonner l'existence lorsque, dans le cours d'une maladie du cœur ou d'une affection fébrile, spécialement rhumatismale ou pulmonaire, ou dans le cours d'une maladie cachectique, on voit très-rapidement survenir une *oppression considérable*, une *vive anxiété*, parfois des *lipothymies*, en même temps que les battements du cœur, jusque-là réguliers, deviennent tellement *obscurément tumultueux et confus* qu'on ne peut les analyser (Laennec, Legroux). Le *bruit de souffle* simple ou sibilant au premier ou aux deux temps (Bouillaud) est un *pouls à peine sensible*, des *congestions veineuses*, le *refroidissement extrême*. Dans des cas rares, il pourrait survenir une *gangrène spontanée* du pied ou de la main, qui résulterait d'une oblitération artérielle (*Voy. ÉTIOLOGIE*).

Dans un Mémoire inséré dans la *Gazette hebdomadaire* (1856), Lelegrand insista surtout sur la brusque invasion des accidents dans les conditions précitées plus haut, sur l'apparition des *oblitérations vasculaires* que je viens de rappeler, et sur la production, trop rapide pour être attribuée à une défectuosité valvulaire, d'un *bruit anormal* intense, souvent propagé dans les vaisseaux. Quant à l'obscurité des bruits du cœur, admise comme signe par Legroux dans sa thèse inaugurale, il ne lui attribua plus la même valeur séméiologique qu'il lui avait attribuée auparavant.

ans le tégument externe, dans les autres parties molles extérieures, scères, ou enfin dans le squelette; 2° des défauts de symétrie ou *asymétrie* des parties similaires du corps, comme les deux côtés de la poitrine, de l'abdomen, les deux membres supérieurs ou inférieurs, ont visibles que par comparaison des deux côtés; c'est ce que j'ai pour la poitrine des *hétéromorphies*, terme que l'on pourrait appliquer à toutes les autres régions. La conformation est une des principales des éléments diagnostiques que recueille l'INSPECTION.

**ESTIONS.** — Je n'ai à traiter la question des congestions qu'au très-restreint du diagnostic. Cependant le terme *congestion* est si vague, qu'il est indispensable d'entrer d'abord dans quelques éraux sur le sens que l'on doit y attacher et sur les phénomènes qu'elle présente.

**estions en général.**

estions doivent être de prime abord considérées simplement comme ulations plus ou moins prolongées du sang dans les capillaires d'une l'un organe, condition si bien qualifiée par le mot *hypérémie*, dû à cet état congestif, quelle qu'en soit la cause intime, se rattachent des es symptomatiques qui intéressent fortement le praticien, et qu'il ne conséquent négliger.

tat actuel de la science, les causes intimes de la congestion en général sibles à bien déterminer. La vieille opinion des congestions sthénihéniques a beaucoup perdu de son importance, ainsi que l'étude cli-faits d'abord, puis les travaux de Marey sur la circulation l'ont e plus, la physiologie expérimentale a démontré que les actions aient l'origine apparente d'un grand nombre d'hypérémies en paraly-rfs vaso-moteurs, et la pratique a profité franchement de ces travaux Mais l'histologie n'a jusqu'à présent qu'obscurci la question des con-

Cependant il existe des phénomènes qui leur sont communs, au moins dans un certain nombre de cas, et sur lesquels on n'a pas suffisamment fixé l'attention. Il y a d'abord la *douleur*, variable par son intensité et suivant son *siège*, qui peut être limitée à l'organe congestionné ou s'irradier plus ou moins loin. Il y a, en outre, des modifications physiques, appréciables pendant la vie, des organes congestionnés : leur *augmentation de volume et de compacité*. Enfin la marche ou l'évolution des congestions offre, dans une foule de cas, une autre particularité caractéristique, qui sert souvent à établir leur *diagnostic différentiel* : c'est la *rapidité* et le *peu de durée* des accidents congestifs. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; la durée des hyperémies peut être prolongée, parfois pendant un temps très-long, et alors elles présentent quelquefois des rémittences et des exacerbations passagères, dont il faut tenir compte.

Les maladies aiguës fébriles ne produisent pas l'hyperémie par la seule exagération sthénique du mouvement circulatoire, comme on le croyait jusque dans ces derniers temps, mais par une sorte de concentration sanguine vers les viscères dès l'invasion de la fièvre (Voy. mon Mémoire sur la congestion pulmonaire, *Arch. de méd.*, 1854, t. III). Ces congestions, parfaitement démontrées pour les poumons, sont par suite probables pour les autres viscères. Elles paraissent devoir expliquer la céphalalgie, le délire, certains troubles digestifs, l'ictère, l'albuminurie des maladies fébriles, suivant le siège de ces hyperémies au cerveau, aux organes digestifs, au foie, aux reins, etc.

Ces congestions se font dès l'apparition des frissons, suivent une marche croissante avec celle de la maladie aiguë fébrile, restent stationnaires comme elle, et alors peuvent éprouver des exacerbations qui sont considérées comme des complications, puis enfin elles décroissent avec la maladie elle-même. C'est là du moins ce que j'ai observé pour la congestion pulmonaire en particulier, d'une part dans toutes les *maladies thoraciques aiguës fébriles*, et d'autre part dans les fièvres générales de nos contrées, la *fièvre typhoïde* et les *fièvres éruptives*.

Mais ces congestions des maladies aiguës fébriles n'ont pas toujours une marche corrélative de la marche des affections dont elles dépendent; elles semblent s'équilibrer ou se suppléer mutuellement, suivant des lois encore mal connues, et donner ainsi aux maladies fébriles leur physionomie particulière, leur bénignité ou leur gravité. C'est ainsi que, dans les fièvres éruptives, les congestions viscérales diminuent dès que se montrent les congestions cutanées, qui constituent un des principaux éléments des éruptions. C'est là d'ailleurs un vaste sujet d'études qui donnera tôt ou tard aux congestions dans les fièvres l'importance qu'elles doivent avoir.

Si l'on excepte les congestions qui sont dues à l'action d'une cause occasionnelle particulière, comme l'insolation pour la congestion cérébrale, le coït pour la congestion utérine, etc., on peut dire que la plupart des hyperémies sont symptomatiques.

Les congestions affectent différentes formes, même pour un seul organe, et ce n'est pas la moindre difficulté de leur étude à ajouter à celles que j'ai rappelées. Non-seulement il y a des congestions qui sont latentes, mais encore il en est, parmi les autres, qui sont tantôt légères et tantôt très-graves, parfois même foudroyantes. D'autres sont accompagnées d'hémorrhagies.

Elles constituent des complications fréquentes et sont elles-mêmes suivies souvent d'affections intercurrentes, parmi lesquelles on doit ranger l'*apoplexie sanguine*. Quoique l'hyperémie soit un élément de l'inflammation, il est admis

ard'hui que l'hypérémie n'est pas, comme on le pensait, le point de départ inflammation.

Je termine ici cet aperçu général sur les congestions, pour passer à l'étude du diagnostic en particulier, en les considérant isolément au niveau de chaque organe. Mais, pour un certain nombre d'organes, ces congestions sont peu importantes ou bien encore trop mal connues pour mériter d'être traitées à part. Telle est la congestion du cœur, liée à des lésions valvulaires et des affections diverses des poumons, congestions qui ont été étudiées au point de vue anatomique et histologique par Jenner (*Med.-chir. Pract.*, 1860). Il ne sera donc question ci-après que des congestions de la tête, du cerveau, de la moelle épinière, des poumons, du foie, de la rate, des reins et de l'utérus.

### **Congestions localisées.**

**CONGESTION DE LA PEAU.** — L'hypérémie cutanée est la plus facile à reconnaître, puisque la coloration rosée, rouge, violacée ou noirâtre qui la caractérise est un signe saisissable à première vue. Elle a pour caractère principal, cette coloration, de disparaître momentanément sous la pression du doigt et de revenir ensuite rapidement.

Le rougeur hyperémique ou congestion, envisagée comme signe pathologique, est toujours symptomatique; aussi est-ce comme symptôme accessoire d'une foule de conditions morbides plus ou moins complexes qu'il faut surtout la considérer au point de vue pratique, si son importance ne se voit dominée complètement par d'autres éléments diagnostiques beaucoup plus importants.

La congestion cutanée est générale dans les fortes réactions fébriles. Localement elle est très-fréquente à la face dans la congestion cérébrale, la pléthore, et dans l'état opposé du sang : l'anémie. Elle accompagne toutes les affections aiguës, concourt à former les taches lenticulaires qui se montrent dans le typhus, le typhoïde, les plaques congestives qui se développent sur les tumeurs, les maladies thoraciques, et elle constitue des macules plus ou moins persistantes, d'une nuance rosée ou brunâtre, qui sont la dernière trace d'une affection cutanée dont elles indiquent quelquefois la nature. Enfin la congestion cutanée, d'un aspect plus ou moins livide, résulte d'un obstacle à la circulation veineuse, et alors coïncide avec un œdème caractéristique localisé dans les mêmes régions.

La congestion cutanée présente d'ailleurs toutes les variétés d'origine dont j'ai traité précédemment d'une manière générale. Celle qui est due aux causes fébriles générales présente ceci de particulier qu'elle ne débute pas par des hyperémies internes, puisque ces dernières se produisent d'abord sans que la peau soit au contraire presque exsangue. La congestion cutanée n'est ici que secondaire, et elle n'a lieu que dans le cours d'une réaction fébrile, que cette congestion soit simple ou bien qu'elle concoure à produire ces éruptions fébriles si remarquables dans leurs caractères, la scarlatine, la variole, etc. Un fait intéressant qui ressort de mes recherches sur la congestion pulmonaire des maladies fébriles, c'est qu'il y a toujours un balancement entre cette congestion du poumon, et probablement entre les autres organes internes, et celle de l'exanthème cutané. La congestion des viscères, en effet, diminuait dans ces fièvres aussitôt que se faisait la congestion cutanée et par conséquent l'hypérémie spéciale de la peau. Par une coïncidence bien remarquable, en même temps que s'établissait la congestion cutanée et que diminuait celle des poumons, diminuaient également la

céphalalgie et parfois certains délires très-graves, comme si le cerveau se décongestionnait également. Je pourrais faire la même remarque pour d'autres organes, pour les douleurs rénales dans la variole, par exemple : ce qui me paraît être un fort argument en faveur de la nature congestive des phénomènes initiaux des maladies aiguës fébriles. Ici les congestions semblent avoir la même évolution que la chaleur (*Voy. THERMOMÉTRIE*).

**B. CONGESTION CÉRÉBRALE.** — Cette espèce de congestion, considérée à part, est celle qui a été le mieux étudiée par les auteurs, parce que ses symptômes sont en général faciles à saisir. Il est peu d'affections cérébrales qu'elle puisse simuler.

**1° Éléments du diagnostic.** — Ce sont principalement : la coloration rouge et parfois bleuâtre de la face, le gonflement des veines sous-cutanées, l'injection des yeux, quelquefois l'ampleur du pouls et les battements exagérés des artères; la céphalalgie, l'inaptitude au travail, des vertiges, des éblouissements, des troubles de la vue, de la photophobie, des tintements ou bourdonnements d'oreilles, des bouffées de chaleur à la tête et à la face; parfois perte de connaissance incomplète ou complète; d'autres fois délire, faiblesse et engourdissement dans tous les muscles, surtout aux membres inférieurs; enfin il peut momentanément survenir de véritables convulsions, de la contracture, ou une paralysie d'un ou des deux membres, d'un côté du corps, ou d'un côté de la face.

**2° Inductions diagnostiques.** — Il n'est pas toujours facile de reconnaître la congestion cérébrale au résumé des signes actuels que je viens de rappeler et de ne pas la confondre avec des affections cérébrales plus graves qui, presque toutes, ainsi que je l'ai dit, peuvent être simulées par la simple congestion. La variété d'expression symptomatique de cette congestion est telle qu'Andrieux, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, en a admis huit formes différentes; mais comme, dans ces différentes formes, c'est le symptôme principal lui-même qui attire presque exclusivement l'attention du praticien, c'est particulièrement d'après ce symptôme dominant que pourra se formuler le diagnostic.

Les faits qui présentent le plus de difficultés sont ceux où les accidents groupent de manière à simuler des maladies cérébrales plus graves. Dans les congestions brusques avec paralysie, on peut croire à l'hémorrhagie cérébrale ou au ramollissement apoplectiforme. Au premier moment, la distinction est même impossible; et l'on n'est éclairé que par la marche des accidents, qui dissipent avec promptitude dans la simple congestion, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié : après une courte durée des symptômes congestifs si l'invasion a été subite (*coup de sang*), ou bien après quelques heures ou quelques jours au plus. Dans les cas d'hémorrhagie ou de ramollissement, au contraire, les accidents sont infiniment plus persistants. — Le délire, et parfois en même temps les convulsions, qui accompagnent la congestion cérébrale dans les fièvres, sont bien souvent pris pour des signes de méningite aiguë franche, et ici encore l'évolution seule des accidents cérébraux, disparaissant plus ou moins rapidement avec l'affection qu'ils accompagnent, bien dès que l'éruption survient dans les fièvres éruptives, peut faire éviter l'erreur, tant les signes sont semblables d'ailleurs. — Il y a des congestions cérébrales apoplectiformes et convulsives qui simulent tellement l'épilepsie, que Trousseau a admis qu'en pareils cas il y avait une épilepsie véritable (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 3<sup>e</sup> édit., 1868). Cette opinion ne paraît pas avoir rallié la majorité des observateurs; une des principales objections que l'on peut faire, c'est l'apparition unique de la congestion dite épileptiforme, tandis que l'



et à une congestion.

Le diagnostic de la congestion, on a surtout insisté sur la possibilité de ceux, les plus graves qui peuvent être commises; mais, dans certaines de la congestion légère, la méprise est quelquefois aussi très-regrettable. On fait considérer comme une congestion céphalique due à la pléthore la congestion qui est due au contraire à un état anémique est une des plus fâcheuses; heureusement elle est encore fréquemment commise à propos des femmes pendant la grossesse.

Il est important d'établir si la congestion est primitive et due à des causes locales, ou bien si elle est secondaire. — Dans le premier cas, on a noté des prédispositions : l'âge adulte et surtout la vieillesse, une constitution chaude, un tempérament sanguin; et comme causes les plus ordinaires, la rareté de l'air, un froid intense, l'insolation ou une chaleur exagérée (à laquelle on attribue la *calenture*, simple congestion cérébrale, comme l'a montré Méricourt), des vêtements et surtout une *cravate* trop serrés, des boissons alcooliques, un repas trop copieux, un accès de colère, les grands efforts. — On observe aussi la congestion cérébrale très-fréquemment comme complication dans la plupart des affections du cœur ou des gros vaisseaux et dans les affections qui gênent la circulation veineuse de la tête ou qui compriment les veines du cou, dans les asphyxies, dans toutes les affections fébriles, chez la femme, avant l'invasion des règles, pendant l'accouchement, et même au cours de certaines anémies, comme je l'ai rappelé plus haut.

*Prognostic.* — La bénignité habituelle de la congestion cérébrale et la facilité avec laquelle elle se dissipe ordinairement, lorsqu'elle est primitive, font que son pronostic est presque toujours favorable. Lorsqu'elle est secondaire et due à des affections pathologiques graves, elle peut accélérer la terminaison funeste. La congestion cérébrale, ordinairement *sénile*, qui est due à l'état monnaie des vaisseaux capillaires (Laborde) et à leur dégénérescence athéromateuse calcaire; cette congestion ou stase sanguine est considérée comme le

à laquelle succède graduellement la difficulté des mouvements, puis enfin paralysie. Une autre difficulté du diagnostic de la maladie, que son début brusque ou graduel, c'est que sa marche se prolonge ordinairement longtemps, plusieurs semaines au moins, parfois même deux ou trois.

Certaines causes peuvent éclairer quelquefois le diagnostic, sans cepe lui donner la certitude. Ainsi l'on a remarqué l'apparition de la congestion la suite de la *suppression de certains flux* (du flux hémorrhoidal, des règles des lochies), de la disparition d'une *sueur habituelle des pieds* (Ollivier pendant l'*irrégularité de la menstruation*, dans la convalescence *fièvre typhoïde*, et, suivant J. Frank, dans le cours du *rhumatisme* l'influence de ces différentes causes n'est souvent pas facile à établir.

Dans les cas où l'affection se développe et se dissipe avec lenteur, il est difficile de ne pas croire à une lésion profonde de la moelle, à un *ramollissement*, à une *tumeur*, par exemple. Il est vrai que, dans ces dernières circonstances, l'on observe la paralysie de la vessie et du rectum qui paraît manquer à la simple congestion; mais l'existence de ces dernières paralysies ne sert de nature à faire cesser toute hésitation. — Même lorsque l'invasion est on peut hésiter entre la congestion et l'inflammation des méninges rachidiennes, comme on le voit par la note intéressante publiée dans les *Archives de médecine* (1858) par le docteur Gauné, de Niort, qui a vu, aux Enfants-de cette ville, une épidémie qui affecta dix-neuf jeunes filles âgées de vingt et un ans, et parmi lesquelles il en considéra neuf comme atteintes de méningite rachidienne, et onze de congestion, sans autre critérium que la similitude des symptômes, car toutes indistinctement guérirent, ce qui est une présomption de l'existence d'une simple congestion chez toutes.

Non-seulement on peut hésiter entre la congestion et la méningite rachidienne, mais encore entre la congestion et l'*hémorrhagie de la moelle*, car la netteté de l'invasion peut avoir lieu de part et d'autre. — Il en est de même de l'*hémorrhagie méningée*, qui se montre fréquemment dans la couche de la moelle, comme complication venant encore augmenter les difficultés. Cette hémorrhagie s'annonce, en effet, par des signes peu caractéristiques : douleur vive dans le point où elle se produit, des convulsions et la contraction des membres.

La science a donc beaucoup à faire pour éclairer le diagnostic dans diverses circonstances. C'est ce qu'a fait remarquer Ollivier lui-même; et la question est restée très-complexe. C'est ainsi que, dans un fait du Dr Luys, la congestion de la substance grise de la moelle s'est accompagnée d'insensibilité dans une moitié du corps et d'obtusion de la sensibilité dans l'autre (*Recueil de la Soc. d'obs.*, t. I), tandis que, dans aucun des faits de congestion publiés, on ne trouve signalés les troubles de la sensibilité.

Le pronostic est ordinairement favorable; cependant il suffit d'une congestion étendue et prolongée pour causer la mort, surtout si la respiration devient gênée, ce qui indique que la congestion s'étend supérieurement jusqu'au cerveau supérieur de la moelle.

D. CONGESTION DU POU MON. — La congestion pulmonaire doit trouver sa place dans le cadre nosologique. C'est seulement comme premier degré de l'émphysème que les pathologistes s'en sont occupés, et encore n'est-ce qu'à titre accessoire, car les traités spéciaux de pathologie interne ne contiennent pas d'article spécial à la congestion des poumons. Fournet seul a signalé des faits semblables à ceux de la période initiale de la pneumonie, et indépendamment de toute inflammation du poumon (*Rech. sur l'auscult.*, p. 283). Cette

roient de ce que, pour étudier l'hyperémie pulmonaire, on n'en avait saisi jusqu'à présent que des signes peu caractéristiques. Une seule particularité, un seul signe pouvait, en pareille circonstance, servir de guide à l'étude de la congestion pulmonaire, comme elle l'a fait pour le foie, la rate ; c'était la constatation de l'augmentation de volume de l'organe par le fait de la congestion. L'ampliation du poumon par cette cause était méconnue, par suite de l'insuffisance des moyens d'exploration mis en usage, lorsque les perfectionnements de la mensuration, et surtout la cyrtométrie, me permirent de constater cette dilatation. J'y suis arrivé par une filiation de recherches consignées dans deux mémoires (*Mém. de la Soc., d'observ.*, t. III; *Arch. de méd.*, 1854, t. III), et j'ai poursuivies depuis. C'est de ces différents travaux, et principalement du premier étendu que j'ai publié en 1866 dans les *Archives de médecine*, que je puis extraire les données applicables au diagnostic de la congestion pulmonaire, en faisant remarquer qu'elle constitue, comme l'anémie, un état pathologique général que l'on doit considérer comme maladie particulière et comme symptôme complexe.

*Éléments du diagnostic.* — Considérée comme maladie au même titre que la pleurésie franche et la pneumonie, l'hyperémie pulmonaire débute subitement par une douleur du côté de la poitrine, avec fièvre le plus souvent légère, mais intense, une dyspnée très-variable, avec absence de toux, ou toux rare, sèche ou suivie d'expectoration muqueuse transparente, parfois une infiltration de sang.

Ces phénomènes fonctionnels se joignent des signes physiques. La percussion produit une submatité ou, au contraire, un tympanisme thoracique plus ou moins étendu. L'auscultation fournit des signes variables et surtout mobiles du jour au lendemain. Ce sont : le bruit respiratoire affaibli ou, au contraire, exagéré ou puéril, granuleux ou rude, sifflant ou ronflant ; soufflant ; l'expiration souvent assez souvent prolongée ; enfin il peut y avoir des râles humides qui sont dus à la fréquence qu'on leur a attribuée. La voix thoracique est rarement altérée. Ces phénomènes fonctionnels et ces signes physiques n'ont pas une marche de progrès et de déclin graduels : la fièvre est éphémère et n'a que quatre ou quarante-huit heures de durée, tandis que les signes thoraciques sont comme stationnaires jusqu'à ce qu'un traitement approprié fasse tout disparaître du jour au lendemain, en même temps que la mensuration cyrtométrique révèle une rétrocession thoracique manifeste.

Je n'indiquerai plus loin en quoi la congestion pulmonaire dans les maladies aiguës se distingue de la congestion idiopathique.

*Inductions diagnostiques.* — Je ne discuterai pas la valeur isolée de chacun des signes d'hyperémie pulmonaire que j'ai rappelés ; il n'en est aucun en particulier qui puisse être considéré comme pathognomonique par lui-même, et ce n'est que par son rapprochement des autres signes positifs ou négatifs existant au niveau de la poitrine, et en ayant égard aux conditions dans lesquelles ces signes apparaissent, que l'on peut soupçonner ou affirmer qu'il y a congestion pulmonaire.

Il est important est d'abord de distinguer les cas d'hyperémie-maladie. L'insuffisance subite avec fièvre et douleur thoracique constante, dyspnée, d'intensité variable, absence habituelle de toux ou toux suivie d'expectoration muqueuse transparente, parfois maculée de sang, les signes de percussion et d'auscultation variés et souvent mobiles que j'ai rappelés, le tout persistant, à l'exception de la fièvre qui est éphémère, puis disparaissant du jour au lendemain avec la rétrocession de la poitrine manifeste à la mensuration, à l'aide d'un traitement

actif (ventouses scarifiées, vomitif) : tels sont les caractères bien tranchés de la maladie. Lorsqu'elle est survenue à la suite d'un refroidissement, comme plus ordinaire, cette donnée étiologique vient confirmer le diagnostic.

Lorsque la congestion pulmonaire est seulement un état pathologique, on peut dire accessoire dans d'autres maladies : 1° elle en constitue le début ; 2° elle en est un phénomène concomitant complexe ; 3° enfin elle apparaît dans leur cours comme une complication. Ces trois conditions sont importantes à signaler. — Au début des maladies, l'hyperémie pulmonaire diffère de la congestion-maladie, principalement par la *persistance de la fièvre* ; c'est là une particularité clinique très-importante. Toutes les maladies thoraciques aiguës, toutes les maladies fébriles peuvent la présenter à leur invasion. — Ces maladies ont aussi une congestion pulmonaire concomitante plus ou moins caractérisée. — Enfin cette congestion peut survenir comme complication dans les maladies aiguës ou chroniques les plus diverses.

Il ne faut pas perdre de vue, dans ces différentes circonstances, que la physionomie de la congestion pulmonaire est rarement celle de l'hyperémie idiopathique. La douleur de côté manque très-souvent ; les signes locaux sont moins mobiles, et le traitement a sur eux moins d'action.

Une remarque qui n'a pas été faite, et dont l'importance ressort de son évidence même, c'est que la *congestion pulmonaire peut simuler la plupart des congestions bronchiques et pulmonaires, de même que la congestion cérébrale simule la plupart des maladies du cerveau*. J'ajouterai même que plus on étudie les maladies thoraciques, classées autrement dans le cadre nosologique, ne se rend-on compte, à mon avis, que des congestions pulmonaires à manifestations symptomatiques particulières.

D'abord la *névralgie dorso-intercostale aiguë* rentre évidemment dans la dernière catégorie, l'hyperémie m'ayant été démontrée, dans certains cas, par une ampliation cytométrique de la poitrine, parfois par du tympanisme thoracique, et surtout par des râles sibilants disséminés, de la dyspnée, une toux gréguaire ou nulle : le tout précédé de troubles fébriles et disparaissant rapidement avec la douleur, sous l'influence d'un vomitif, par exemple.

La *pleurodynie* n'est le plus souvent rien autre chose non plus qu'une congestion pulmonaire qui ne diffère de la forme névralgique que par le caractère de la douleur, qui occupe les muscles plutôt que le trajet des nerfs intercostaux.

La distinction des *bronchites* en bronchites à râles sonores et bronchites à râles humides, faite par Beau, ne me paraît avoir désormais qu'une importance secondaire, la plupart de celles relatives à la première de ces formes n'étant que dans l'immense majorité des faits, que de simples hyperémies des poumons. Lorsque la congestion est démontrée directement par l'ampliation thoracique, l'existence de râles sibilants ou ronflants sans toux ni dyspnée, l'un et l'autre phénomène disparaissant ensemble, après avoir duré un certain temps, et servant principalement dans le cours des maladies aiguës fébriles. Le râle sibilant, en pareil cas, pour caractère d'être peu ou de n'être pas modifié par la toux, tandis que celui dû à la présence de mucosités plus ou moins épaisses dans la bronchite disparaît ou se modifie souvent lorsque le malade les a déplaçées en toussant. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la bronchite, comme les autres affections aiguës de la poitrine, et la bronchite plus même que toute autre, est toujours accompagnée, surtout à son début, de congestion pulmonaire ; mais dans les cas de bronchite, ni la toux ni l'expectoration ne font défaut, comme il arrive si souvent pour la simple congestion.



sumierents cas, le signe stéthoscopique a été passager, disparaissant au lendemain, et, de plus, caractère différentiel très-important, il n'y avait bronchophonie localisée.

est qu'à la suite d'un examen bien superficiel que la sonorité, tympanique à la poitrine à la percussion, qui accompagne assez souvent la congestion aigüe, pourra faire croire à un *pneumo-thorax*. Il est certain que le même seul peut, en pareil cas, simuler complètement celui qui est dû à la présence de l'air dans la plèvre, ainsi que j'en ai vu un exemple aux Enfants- (une petite phthisique âgée de quatre ans); mais l'auscultation, en n'entendant des bruits vésiculaires superficiels, et l'absence des bruits sous-cutanés, ne peuvent laisser persister le doute.

La matité plus ou moins prononcée, autre signe de congestion dans les congestions aiguës fébriles, fera de son côté d'autant plus facilement croire à un *emphysème pleurétique*, comme je l'ai vu une fois, que le bruit respiratoire était affaibli en même temps. Cependant, ici encore, un peu d'attention suffira pour reconnaître la congestion si, par exemple, en faisant tousser le malade, on n'entend le bruit respiratoire vésiculaire au moment de la brusque et profonde expiration qui précède la toux. L'absence de souffle et d'égophonie, et la présence du frémissement vibratoire perçu par la main quand on fait parler le malade, démontreront aussi qu'il ne s'agit pas, dans ce cas, d'un épanchement dans la plèvre.

Enfin, d'après tout ce qui précède, combien peuvent être différentes les congestions primitives ou secondaires sous lesquelles se présentent les congestions aigües. Primitives, elles affectent ou la forme *pleurodynamique* ou la forme *pleurétique* (avec névralgie dorso-intercostale) que j'ai le premier signalée. Secondaires, les hyperémies pulmonaires se montrent dans des conditions très-nombreuses, comme je viens de le rappeler, et cependant il y en a encore d'autres. L'hémoptysie, l'apoplexie pulmonaire, par exemple, sont des hyperémies exagérées ou qui doivent leur forme hémorragique



qu'elles sont mises en regard des affections qu'elles simulent, est remarquable par sa bénignité. C'est en raison de sa différence intrinsèque avec les affections similaires, qu'il est nécessaire de rechercher s'il y a ou non hyperémie pulmonaire. L'évolution de cette congestion, que révèle la mensuration cyrtométrique utilisée à différentes époques de la maladie, donne la meilleure mesure de la gravité ou de la bénignité de l'affection qui en est l'origine. La diminution rapide de l'augmentation thoracique doit faire porter, en effet, un pronostic favorable, tandis que son augmentation ou sa persistance au-delà des limites de la période stationnaire de la maladie doit faire formuler un pronostic défavorable.

E. CONGESTION DU FOIE. — Cette hyperémie n'a d'importance que comme lésion secondaire, du moins dans nos contrées; car, dans les pays chauds, l'hyperémie hépatique peut s'observer au début de l'hépatite, comme nous voyons l'hyperémie du poumon précéder la pneumonie. Je me suis demandé quelquefois si l'on pourrait rapporter à la congestion du foie l'ictère que l'on se déclare au début de certaines maladies fébriles; mais c'est une simple question posée et non résolue, qui par conséquent ne doit pas être considérée comme applicable à la pratique. Les congestions du foie les plus ordinaires sont celles qui surviennent dans les affections du cœur, par suite d'embarras d'obstacle au cours du sang.

Dans cette dernière condition, la congestion hépatique doit toujours être recherchée avec soin. Elle constitue assez fréquemment alors la cause de l'admission des malades à l'hôpital, en raison de la douleur qu'ils ressentent dans la région du foie soit spontanément, soit dans les grandes inspirations, par la flexion ou même par l'inflexion du tronc du côté gauche. Si l'on palpe alors immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes, on provoque aussitôt une douleur leur plus ou moins vive au niveau du bord inférieur du foie, qui est augmentée de volume sans être déformée.

La palpation et la percussion permettent de juger de cette augmentation de volume du foie vers l'abdomen, où l'organe déborde ordinairement d'un à deux travers de doigts au plus; la percussion fait préciser les limites que l'organe atteint supérieurement au niveau de la poitrine. La coïncidence d'une lésion du cœur et la disparition rapide des accidents hépatiques par une évacuation de quelques sangsues à l'anus ne laissent aucun doute sur la nature des accidents hyperémiques observés du côté de l'hypochondre droit. Les signes sont assez nets pour ne pas laisser croire à une hépatite, erreur qui a cependant été commise assez souvent autrefois, et qui ne saurait l'être aujourd'hui par négligence ou inattention. Une erreur plus facile à commettre est la confusion de la congestion avec l'engorgement bilieux du foie par suite d'une obstruction du canal hépatique ou cholédoque; mais, dans ces derniers cas, il y a toujours un ictère plus ou moins prononcé, qui manque dans la simple congestion du foie; si l'obstruction siège au niveau du canal cholédoque, il y a en même temps accumulation de la bile dans la vésicule, qui peut être augmentée sensiblement de volume, et enfin les obstacles au cours de la bile étant dus ordinairement à des causes biliaires, il y a, ou il y a eu, des accidents de colique hépatique.

Pour le foie, comme pour les autres organes, la congestion ne constitue habituellement un état pathologique grave par lui-même. Seulement, comme elle est liée ici le plus souvent à une affection cardiaque, elle peut se prolonger longtemps et subir des exacerbations fréquentes, ce qui contribue à aggraver l'état du malade.

F. CONGESTION DE LA RATE. — La congestion de la rate, comme celle du foie, constitue une lésion secondaire, qui, le plus souvent, est liée à l'existence d'une

est intermittente, comme la congestion du foie l'est habituellement à une certaine époque du cœur. Quoique moins prononcée que dans les cas d'intoxication malarique, l'hyperémie splénique des fièvres graves, comme celle qui a lieu dans la fièvre typhoïde, n'en constitue pas moins un fait digne d'être noté comme connexe du fait de la congestion pulmonaire dans les mêmes maladies. La douleur, habituellement sourde, que produit la congestion de la rate au moment de cet organe, en est un premier symptôme. Cette douleur de l'hypochondre gauche se comprend d'autant plus facilement, que la congestion physique de la rate au moment de la digestion s'accompagne souvent d'une douleur douloureuse très-vive par la marche ou par la course. Mais ce signe de congestion splénique est loin d'être constant; et c'est ordinairement à l'augmentation du volume de l'organe constaté par la palpation et la percussion qu'on juge de son état de congestion plus ou moins considérable. Cependant il est facile de confondre au premier abord ce grossissement de la rate par l'augmentation sanguine avec tout autre développement anormal de l'organe, car la rate, étant éminemment spongieux et vasculaire, peut prendre, dans toutes les conditions pathologiques, un développement très-variable. Aussi n'est-ce qu'en tenant compte de l'ensemble des symptômes que l'on peut arriver à déterminer la nature de la tumeur de la rate, qu'elle dépende d'une congestion, d'une tumeur ou d'une cachexie. Le déplacement du rein gauche venant faire saillie sous les fausses-côtes en impose quelquefois pour une hypertrophie de la rate, comme j'en ai vu récemment un exemple.

**CONGESTION DES REINS.** — Selon Cornil, cette congestion ne joue pas un rôle si absolu qu'on l'a pensé comme lésion de la maladie de Bright à son début, et comme point de départ de certaines albuminuries aiguës et passagères qu'on rencontre dans plusieurs maladies (*Voy. ALBUMINURIE*).

Les douleurs de reins, jointes à l'albuminurie, semblent devoir faire admettre une hyperémie rénale. Par exemple, on ne saurait expliquer que par cette congestion la douleur lombaire, antérieure à l'éruption, que j'ai constatée chez un malade atteint de variole, douleur passagère et qui se propageait d'un rein à l'autre, correspondant, comme dans la néphrite. Les douleurs lombaires, au début des affections générales fébriles, et qui sont survenant dans la variole, proviendraient-elles toujours d'une congestion

qui rend le diagnostic de cette hyperémie si difficile et si souvent impossible. C'est l'impuissance où nous nous trouvons le plus souvent de pouvoir préjuger de l'augmentation de volume des reins. Quoi qu'on en ait dit, en effet, la palpation et la percussion ne sont pas suffisantes pour faire arriver à délimiter les reins, moins que leur volume ne soit considérablement augmenté.

**CONGESTION DE L'UTÉRUS.** — Il semble que la congestion utérine doive être comprise parmi des congestions les mieux connues, l'utérus étant un organe accessible directement à la vue, mais encore au toucher, et ses cavités même pouvant être sondées par un cathétérisme particulier. Cependant on peut dire hardiment que la congestion, dans l'état actuel de la science, est encore bien mal connue. La difficulté de l'étude des congestions utérines tient à ce que l'on trouve fréquemment des hyperémies physiologiques chez la femme, et qu'il est difficile de dire où finit l'hyperémie physiologique et où commence l'hyperémie pathologique. De plus, dans un autre ordre de faits, on ne peut établir d'une manière précise où finit la congestion morbide et où commence l'inflammation. La congestion utérine pathologique est donc un état intermédiaire entre deux extrêmes : la congestion physiologique d'une part, l'inflammation

tranche de l'utérus de l'autre, et elle constitue un état pathologique véritablement délimité, désigné par les dénominations de congestion *active*, *passive*, *fluxion*, *d'engorgement* sanguin, etc., de l'utérus. Cette congestion est tant réelle, et elle ne saurait être niée. On peut même dire avec Aran sur les *maladies de l'utérus*, 1858) qu'on ne lui accorde pas une place large dans la pathologie utérine, tout en faisant une part trop large à sa définition. Comme l'hyperémie des autres organes, celle de l'utérus est primitive et constitue une maladie à part, et tantôt secondaire à une autre maladie.

1° *Éléments du diagnostic*. — Avec le sens ambigu que présente la notion utérine morbide, les symptômes qui lui sont attribués doivent se rapporter à la fois à la congestion physiologique et à l'inflammation utérine dans une certaine mesure. On admet, en effet, qu'il y a différents degrés de la congestion morbide, depuis la congestion latente jusqu'à celle qui accompagne l'inflammation, et on lui a attribué, comme moyen terme, les troubles de la menstruelle simple. Il est donc très-difficile d'exposer une bonne sytologie de la congestion utérine; aussi n'en rappellerai-je que les signes douteux.

Cette congestion s'annonce par une sensation de *pesanteur incommode* mentant par l'exercice, avec *tiraillements* dans les lombes et dans les cuisses, par de véritables douleurs qui s'irradient dans le voisinage et qui peuvent être assez violentes pour constituer la *colique utérine*, et s'accompagner de *contractions expulsives* analogues à celles de l'accouchement, de véritables ténésmes utérins. Il survient quelquefois des *cuissons* et du prurit à la vulve, des *besoins continuels d'uriner* et, dans la miction, une sensation de brûlure au passage de l'urine, qui est rendue en petite quantité, suivie toujours chargée d'urates ou de phosphates, presque bourbeuse. L'utérus volumineux que dans l'état normal, ne peut cependant se sentir au-dessus du pubis qu'après l'accouchement (Aran); il y donne lieu à un *ballonnement* qui persiste après l'émission de l'urine. Par le *toucher vaginal*, on sent le *col de la matrice* volumineux et offrant à son pourtour, suivant Dupas, un *battement prononcé* des artères utérines; le *toucher rectal*, qui peut donner une idée approximative de l'augmentation de volume de l'organe, sert de moyen d'apprécier le volume du corps de l'utérus. Il peut y avoir, suivant Dupas, des *phénomènes généraux*, dans les cas de douleurs accompagnées de malaise, de l'agitation, de l'anxiété, mais non un mouvement fébrile véritable.

2° *Inductions diagnostiques*. — D'après ce qui précède, on conçoit qu'il doit être souvent difficile de diagnostiquer la congestion utérine morbide, l'hyperémie physiologique apparaissant irrégulièrement hors de l'époque des règles, et surtout de la véritable métrite, dont les caractères distinctifs extrêmes sont seuls assez tranchés pour établir une distinction suffisante. Si j'entre à ce sujet dans une discussion qui ne me paraît pas devoir aboutir à l'état actuel de nos connaissances, je signalerai les symptômes fébriles, l'absence de certains cas de congestion utérine simple par quelques observateurs, l'absence de certains pour faire ranger la maladie parmi les métrites; il en est de certains écoulements blancs ou jaunâtres, considérés comme de nature congestive ou comme d'origine inflammatoire. Des signes aussi peuvent être interprétés, d'autres communs à la congestion physiologique ou à la métrite, sont des éléments de diagnostic bien insuffisants; qu'une marche et une disparition plus ou moins rapides des accidents ne suffisent pas, soit spontanément, soit par suite d'un traitement approprié, à

ment considérable de l'organe, suivant Valleix, et enfin l'ingestion  
gogues, comme la rue et la sabine.

ic. — Il est favorable dans presque tous les faits; car il n'est nul-  
tré que l'engorgement de l'utérus par simple congestion passe  
l'état de phlegmasie chronique, puis occasionne des transformations  
us profondes, comme le pensent certains auteurs.

**SSANCE** (Perte de). — La suspension des fonctions de relation  
nommée perte de connaissance est complète ou incomplète, subite  
prolongée ou de peu de durée. Complète et subite, elle occasionne  
édiate du malade, dans certaines *congestions cérébrales*, dans  
ie et dans le *ramollissement apoplectiforme* du cerveau, au début  
*leptiques* ou *épileptiformes*, parfois au début des accès d'*hystérie*.  
ouzy, on pourrait distinguer cette dernière affection de l'épilepsie  
de la perte de connaissance après une certaine durée de l'accès  
Elle surviendrait graduellement aussi, pendant l'agitation convul-  
méningite cérébro-spinale épidémique. La perte de connaissance  
ée dans le cours de certains *tremblements mercuriels* et dans la  
t elle constitue le principal symptôme. Elle est le plus souvent  
s le COMA (Voy. SYNCOPÉ).

**ATION**. — La constipation se présente à l'observateur dans  
ns différentes : 1<sup>o</sup> elle constitue un symptôme trop secondaire  
une attention spéciale, et ne peut concourir à éclairer le diagnostic;  
symptôme d'une grande valeur; 3<sup>o</sup> elle est indépendante d'une  
et constitue par conséquent par elle-même un état pathologique  
liopathique. Je n'ai à m'occuper que de ces deux dernières con-

tion, qui attire particulièrement l'attention comme symptôme, est  
d'autres données ou signes dont la coïncidence lui donne sa véri-  
tion. Parmi ces données concomitantes de diagnostic sont les

La constipation dite idiopathique est un sujet bien fréquent de la préoccupation des malades; aussi rien n'est plus ordinaire que d'en rencontrer qui résistent à l'administration des médicaments qui peuvent produire ce qu'ils appellent leur *échauffement*. Lorsqu'on ne peut rattacher la constipation à aucune des causes précédemment énumérées, elle ne doit attirer l'attention que si l'on joint de l'anorexie, de l'*empatement* dans la bouche, des digestions difficiles, des étourdissements, de la somnolence après les repas, des bouffées de chaleur à la tête, de l'irritabilité du caractère, de l'inaptitude au travail, des bruyantes éructations et de la pesanteur dans l'abdomen. L'essentiel est alors de déterminer la cause de la constipation. Les principales sont le tempérament nerveux, l'avancé, la vie sédentaire, une alimentation trop excitante, un régime sévère, l'usage des narcotiques ou des astringents, l'habitude de résister à ses besoins de défécation, qui entraîne la distension habituelle du gros intestin et son atonie musculaire. Aucun signe ne permet d'arriver à en déterminer la cause intime, telle qu'une modification des sécrétions ou l'absorption rapide des matières intestinales; on ne peut que les supposer.

Le pronostic de la constipation varie suivant son origine et suivant les complications qu'elle peut entraîner, comme l'engouement intestinal, les tumeurs hémorroïdaires, les fistules anales, et, ce qui est plus grave, les pertes séminales involontaires, suivant Lallemand.

**CONTAGION.** — Il y a peu de questions médicales sur lesquelles on a autant disserté que sur la contagion. Le diagnostic et le pronostic n'en peuvent déduire que des applications fort restreintes. On ne doit pas perdre de vue que certaines maladies sont manifestement contagieuses, comme les maladies lentes, les fièvres éruptives, tandis que d'autres ne le sont que dans certaines conditions. La plus incontestable de ces conditions est l'intensité et la généralité de certaines épidémies, comme on l'a constaté pour la fièvre typhoïde, le choléra, à propos desquels on a discuté à tort sur la contagion ou la non-contagion absolues.

Une question importante sur laquelle le médecin est assez souvent appelé à se prononcer, c'est l'influence contagieuse qui pourrait être à redouter pour les personnes qui approchent un malade atteint d'une maladie réputée contagieuse. C'est souvent un problème délicat à résoudre, car on se trouve placé entre deux écueils : celui de l'exagération, qui fait prendre à la famille des précautions inutiles, et celui d'un optimisme qui méconnaîtrait un danger réel. Le praticien a besoin de toute sa sagacité et de toute son attention pour trancher la question en pareille circonstance. Malheureusement la science n'offre pas de données toujours suffisamment précises; car, dire qu'une maladie est contagieuse, ce n'est pas exprimer qu'elle le soit partout et toujours, et nous ignorons à quoi tient la prédisposition, à quoi tient l'immunité des individus dans la plupart des cas. Nous savons seulement que certaines affections, quelques-unes contagieuses, comme la fièvre typhoïde, ne se développent qu'une fois dans la vie, et que par conséquent les individus qui en ont été atteints sont indemnes et n'ont pas à craindre une nouvelle atteinte de la maladie; mais pour d'autres affections contagieuses, l'immunité donnée par une atteinte antérieure n'est pas aussi absolue : des récidives, même multiples, de rougeole et de scarlatine ont été observées; et l'on a même vu la variole atteindre deux fois le même individu.

**CONTRACTURES.** — Au mot CONVULSIONS, nous avons dit la place que la contracture, simple ou combinée aux convulsions cloniques, occupe dans l'ensemble des accidents convulsifs, dont elle forme une division.



### **Contractures locales passagères ou intermittentes.**

Contractures locales qui se montrent à des intervalles plus ou moins courts, ou par accès irréguliers, sont symptomatiques ou idiopathiques, et, de la dernière circonstance, elles affectent deux formes distinctes. De là deux divisions : contractures symptomatiques, contracture idiopathique des extrémités, contractures par abus fonctionnel.

**CONTRACTURES SYMPTOMATIQUES.** — Elles peuvent être localisées dans les muscles ou dans les os, sous les plus diverses formes, être plus ou moins fréquentes, intenses, ou douces, rester locales ou s'étendre progressivement, sans que ces différents caractères puissent par eux-mêmes guider le praticien dans ses inductions diagnostiques. Les contractures locales, comme les phénomènes convulsifs en général, n'ont aucune signification symptomatique des plus complexes et, de part et d'autre, la recherche de la cause apparente des phénomènes est la question de diagnostic la plus importante. C'est toujours successivement dans les muscles, les centres nerveux, les autres organes, les maladies générales, les causes locales ou mal connues qu'il faut chercher cette origine. Et, comme nous ne pouvons presque à répéter ici tout ce que j'ai dit déjà à ce sujet au mot *Convulsions*, nous nous bornons à écartant simplement ce qui a trait aux convulsions cloniques spéciales, pour nous en occuper à y revenir dans cet article. Je passe donc aux deux espèces de contractures non symptomatiques qui, constituant par elles-mêmes deux maladies distinctes, méritent un sérieux examen : la *contracture idiopathique des extrémités*, et les *contractures par abus fonctionnel*.

**CONTRACTURE IDIOPATHIQUE DES EXTRÉMITÉS.** — Signalée par Dance chez l'adulte et par Tonnelé chez l'enfant, cette affection, appelée aussi *convulsion tonique*, *tétanos intermittent*, *tétanie*, etc., a été étudiée par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels je citerai Delaberge, les docteurs Gourbeyre, Delpech (*Thèse*, 1846), L. Corvisart (*Thèse*, 1852), Barthéz (*Mal. des enf.* t. II), Trousseau (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu* t. II).

même jusqu'à former un angle très-aigu. Les orteils sont fléchis ou étendus, le pied est dans une extension forcée sur la jambe, sa pointe quelquefois tournée en dedans, et les difficultés d'extension forcée et les douleurs sont les mêmes que pour les extrémités supérieures. De part et d'autre, les membres contracturés ont leurs tendons saillants; leurs fibres musculaires forment des masses d'une dureté qui a été comparée à celle du marbre, et parfois les parties affectées sont le siège de contractions fibrillaires, quelquefois de tremblement, selon Vallin. Plusieurs accès de cette espèce de contracture; remarquable par son intermittence, mais qui est très-rarement périodique, constituent une attaque de maladie, qui peut ensuite disparaître pour ne plus revenir; ou bien une plusieurs attaques se montrent de nouveau après un temps plus ou moins long, à moins que la maladie ne soit épidémique et par conséquent accidentelle, que l'on a plusieurs fois observé.

L'affection n'est pas toujours aussi simple. On peut rencontrer aux mains et aux avant-bras, comme l'a fait remarquer Delaberge (*Journ. hebdomadaire de médecine*, t. II), une sorte d'empâtement œdémateux, de la lividité ou de la rougeur, du froid ou une chaleur intense.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le siège habituel de cette contracture est aux extrémités des membres des deux côtés, son retour par accès survenant subitement, et l'absence de tout phénomène musculaire ou autre dans les intervalles ne permettent aucun doute sur l'existence de la maladie. La pression circulaire du membre affecté cause de la douleur et augmente la contracture, suivant Trousseau. J'ajouterai que la contracture idiopathique se rencontre surtout chez les enfants âgés de un à trois ans, et chez les jeunes gens de dix-sept à vingt-un ans dans la plupart des cas. Mais elle ne s'offre pas toujours au praticien dans ces conditions de simplicité, et alors il se présente des difficultés qu'il est nécessaire d'exposer.

D'abord on peut constater l'existence de l'affection chez des adultes, jusqu'à l'âge de soixante ans; c'est une particularité secondaire qui ne doit pas être perdue de vue. Ensuite il faut principalement tenir compte de l'extension ou de la généralisation de la contracture, et, par suite, des phénomènes qu'elle produit au niveau du tronc et de la tête (tétanie de L. Corvisart). Il peut, en effet, résulter de ces contractures des symptômes variables suivant les muscles envahis : la difficulté dans l'exercice de la parole tient à la difficulté des mouvements des muscles des lèvres, de la langue, des muscles sus-hyoïdiens; la *préhension des aliments* et la *déglutition* sont gênées par suite de la contracture des lèvres et du pharynx; la *dyspnée*, d'ailleurs très-variable d'intensité depuis la simple pesanteur sus-sternale jusqu'à la suffocation imminente, résulte habituellement de la contracture des muscles inspirateurs externes, ou du diaphragme (L. Corvisart); mais la dyspnée peut aussi dépendre de la violence des douleurs qui accompagnent la contracture. Chez tous les malades, même dans les cas extrêmes, où la *suffocation* peut devenir imminente, l'*intelligence est intacte*, circonstance capitale pour le diagnostic.

Les antécédents sont très-nécessaires à déterminer; car, dans les cas douteux, l'existence antérieure d'accès caractéristiques bornés d'abord aux extrémités supérieures, et leur envahissement aux extrémités inférieures, puis au tronc et à la tête s'il s'agit de la forme généralisée, l'absence de données étiologiques capables d'éclairer le diagnostic (sauf peut-être l'influence des saisons froides), et, dans l'enfance, l'invasion ordinaire de la maladie dans le cours ou à la suite d'une autre affection préexistante (diarrhée, éclampsie) sont des données complémentaires très-utiles.

signalé dans un certain nombre de faits un retour périodique régulier. Mais cette périodicité a été indiquée dans une foule de cas où elle qu'apparente, et due à la marche intermittente naturelle et irrégulière de la contracture. Cette irrégularité des accès, leur peu de gravité habituelle, le début d'un violent frisson au début, l'absence de cachexie, et la guérison prompte, sont les meilleurs caractères qui puissent empêcher de confondre la maladie avec une *fièvre palustre pernicieuse*, à forme tétanique. — 4-Il y a un véritable *tétanos intermittent* en dehors de la contracture idiopathique, à laquelle Dance a donné la première dénomination ? Il n'en est pas d'exemple. La marche continue du véritable *tétanos*, qui est d'ailleurs généralement traumatique, et son apparition à la mâchoire (*trismus*) et à la nuque postérieure du cou, avant de se montrer aux extrémités, suffisent pour confirmer l'idée de la simple contracture plus ou moins généralisée, qui, suivant les données de Corvisart, ne s'accompagnerait pas du *renversement du cou en arrière*. Si cette proposition se confirmait, elle aurait une grande valeur diagnostique. — Suivant Barthéz et Rilliet, la contracture est quelquefois limitée chez les enfants aux muscles du flanc d'un seul côté, et elle produit une réaction de la cuisse qui simule fréquemment une maladie de la hanche, car la contracture peut se prolonger pendant plusieurs mois de suite (*Voy. la page 161*). Pour s'éclairer en pareil cas, ils conseillent d'anesthésier le jeune enfant au moyen du chloroforme ou de l'éther ; si les mouvements deviennent libres pendant le sommeil, la question sera jugée dans le sens de la contracture. On est autorisé à agir de la sorte en pareille circonstance par l'importance du diagnostic. — Le gonflement des articulations avec rougeur, que l'on rencontre dans certains cas de contracture idiopathique et que L. Corvisart attribue à la gêne de la circulation veineuse résultant de la contracture, peut au premier abord en imposer pour un simple *rhumatisme articulaire* pendant l'existence des contractures ; mais, à ne considérer que ces gonflements locaux, ils sont *œdémateux* et parfois d'un *rouge livide*, ce qui n'a pas dans le rhumatisme. D'ailleurs, la notion des contractures antérieures aux troubles des extrémités et leur réapparition par accès lèveront les moindres doutes. — Quant aux différentes contractures symptomatiques d'affections diverses que je pourrais comparer à la contracture idiopathique, je n'ai pu renvoyer au reste de cet article et au mot *CONVULSIONS*. Barthéz et Rilliet insistent sur l'absence de toute irrégularité du pouls comme un bon signe pour distinguer la contracture idiopathique des affections cérébrales.

La forme la plus commune de la maladie, celle qui se manifeste par accès et qui termine rapidement d'une manière heureuse, doit être distinguée avec soin des contractures permanentes partielles plus ou moins prolongées, qui en sont d'ailleurs très-différentes par les symptômes locaux auxquels elles donnent naissance, et suivant les muscles affectés, comme on verra plus loin. — La forme de contracture idiopathique des extrémités avec *extension au tronc* mérite tout d'être recherchée ; car l'envahissement des muscles éloignés des extrémités donne à la maladie une physionomie toute spéciale par les symptômes d'apparence tétanique, en présence desquels il faut toujours se demander si la contracture des extrémités a ouvert la scène ou si c'est le *trismus*.

Parmi les complications, il n'en est aucune plus grave que le *spasme de la nuque* qui survient chez les enfants (Hérard), et qui peut non-seulement se montrer dans le cours de la contracture idiopathique, mais précéder ou accompagner cette affection, dont elle ne semble être qu'une manifestation. Il

en résulte que, parmi les observations de spasme glottique publiées, on trouve un certain nombre qui ne sont bien évidemment que des contractures idiopathiques. — Barthez et Rilliet ont rappelé le fait d'un enfant atteint de *paralysie essentielle* qui fut la conséquence d'une contracture douloureuse. Richard (de Nancy) a publié une observation analogue ; mais les faits de cette espèce sont exceptionnels, cette contracture laissant ordinairement après elle toute leur liberté aux mouvements. — Enfin, chez les enfants, une *vélocité* vient quelquefois compliquer l'affection.

3° *Pronostic*. — Il est favorable dans l'immense majorité des cas, puis la maladie abandonnée à elle-même guérit le plus souvent. Pourtant on a ci et là des exemples de mort par extension de la contracture à certaines régions du corps chez les enfants, aux muscles respirateurs chez l'adulte. Il faut toujours être en garde contre la possibilité de semblables terminaisons. On n'oubliera pas non plus qu'une mort subite peut être la conséquence d'une contracture dans l'enfance et que, dans ce dernier cas, les maladies antérieures ou concomitantes, qui sont ordinaires, causent fréquemment la mort, sans que la contracture y soit pour quelque chose.

C. CONTRACTURES PAR ABUS FONCTIONNEL. — Nous désignons ainsi l'affection appelée récemment *spasme fonctionnel* par Duchenne (de Boulogne) dont l'étude n'avait été faite avant lui que dans une seule de ses variétés, la *crampe des écrivains*.

La crampe des écrivains, étudiée par Albert, Heyfelder, Kapp, Cazenave (Bordeaux), Langenbeck et Stromeyer, est produite par l'abus de l'action d'un muscle comme l'indique son nom. Elle consiste en une contraction douloureuse et prolongée des muscles de la main droite et principalement de ceux de l'émicarpus, le *thénar* et du pouce, parfois des *fléchisseurs* et *extenseurs* de l'index ou de l'annulaire de l'index et du *médius* (Duchenne). Mais on a remarqué qu'elle pouvait se passer dans les muscles de l'épaule. Duchenne a été plus loin en démontrant par des faits variés, que le même phénomène convulsif pouvait se montrer dans toutes les régions et attaquer les mouvements fonctionnels dont on a abusé. Les malades éprouvaient les contractures les plus diverses, dès qu'ils se livraient aux mouvements dont ils avaient fait abus : un *tailleur*, la contracture du *scapulaire* faisant tourner le bras en dedans, dès qu'il avait fait quelques points ; — un *maître d'armes*, la rotation de l'humérus en dedans aussitôt qu'il se mettait en garde ; — un *tourneur*, la contracture des *fléchisseurs* du bras sur la jambe ; — un *lecteur passionné*, celle des muscles rotateurs de la tête à droite ; — un *lecteur de manuscrits*, de la *diplopie* par contracture modique du droit interne de l'œil ; — un *paveur*, la contracture des *sternoclaviculaires* ; — un curé de campagne, une contracture douloureuse des muscles de l'abdomen du côté droit (surtout du grand oblique) pendant l'inspiration, et s'accompagnant alors d'un mouvement de torsion de droite à gauche du tronc, d'où une dyspnée incessante.

Ce qu'il y a d'intéressant à noter dans ces différents faits, c'est que la contracture n'est provoquée que par les mouvements résultant de l'acte dont on a abusé et non par tous les mouvements des muscles alors atteints. Ces contractures douloureuses, presque toujours très-rebelles et même incurables si l'on n'y a garde dès le début, se compliquent quelquefois de mouvements brusques et involontaires (*convulsions cloniques*), et par exception de *paralysie*, signalée pour la première fois par Duchenne (*Acad. des sciences*, mars 1860, et *Bulletin de thérapeutique* ; de l'*Electrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, 3<sup>e</sup> édit., 1860.)



## II. Contractures locales permanentes.

1<sup>re</sup> *Caractères.* — La rétraction musculaire qui constitue cette espèce de contracture est toujours localisée à un groupe de muscles, à un seul muscle, ou même à une seule portion d'un muscle.

Lorsque les contractures permanentes occupent la continuité des membres, leur diagnostic est des plus faciles en ce qu'ils y produisent des flexions invincibles que l'on ne pourrait faire cesser qu'en employant la violence, flexion qui s'accompagne de la dureté et du relief résistant du muscle contracturé, et surtout de ses tendons sous-cutanés, qui forment une saillie caractéristique à la vue et surtout au toucher. Ces signes sont très-importants comme caractères pathognomoniques de la contracture permanente. Ils servent à la distinguer de la rigidité des articulations qui résultent d'un repos très-prolongé, des rétractions de certaines aponévroses (aponévrose palmaire) et de celles qui ne sont qu'apparences et caractérisées par des déformations dues, non à de véritables contractures, mais à l'action tonique des muscles qui coïncident avec la paralysie ou l'atrophie des muscles antagonistes. Dans cette dernière circonstance, le relief résistant des fibres musculaires manque, en même temps que la paralysie des muscles antagonistes est facilement appréciable (*Voy. PARALYSIES LOCALISÉES*). Il y a dans les hémiplegies des contractures permanentes qui surviennent tardivement et qui ne tiennent nullement à la lésion cérébrale, mais à des dégénérescences secondaires de la moelle (Ch. Bouchard, *Arch. de méd.*, 1866, t. VIII). Les contractures survenues dans les premiers jours qui suivent l'invasion de l'affection cérébrale peuvent seules être attribuées à la lésion du cerveau. Il résulte, des contractures secondaires, des attitudes vicieuses dont la cause se trouve ainsi déterminée. Ces contractures sont plus fréquentes au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Au niveau du tronc, la contracture n'est pas toujours aussi facile à reconnaître, parce que les muscles contracturés forment un relief qui peut se perdre inaperçu au milieu des autres parties molles, si l'on ne soupçonne pas la contracture et qu'on ne la recherche pas par le palper. Fort heureusement pour le diagnostic, et grâce à l'électrisation localisée qui peut reproduire artificiellement et momentanément la contracture de chaque muscle, comme l'a si bien démontré Duchenne (de Boulogne), on connaît les difformités et les troubles fonctionnels qui en résultent.

C'est principalement pour les contractures localisées dans les muscles qui s'insèrent au scapulum que les difficultés du diagnostic sont nombreuses. Or, voici, d'après les signes indiqués dans diverses parties de son ouvrage, par l'ingénieux observateur que je viens de nommer, comment on peut les reconnaître :

a. — Angle inférieur du scapulum plus ou moins fortement relevé et rapproché de l'épine, sans abaissement du moignon de l'épaule; obliquité relative du bord interne de cet os; en haut et en dedans de son bord spinal, relief résistant qui se prolonge vers la fosse sus-épineuse; par les mouvements du scapulum ou du bras, au niveau de ce relief ou de cette tumeur, crépitations sensibles à l'ouïe et au toucher; et enfin disparition de tous ces signes pendant l'élévation du bras en avant : dans la contracture du rhomboïde.

b. — Inclinaison latérale de la tête jointe aux signes précédents avec la contracture du muscle angulaire de l'omoplate, jointe à celle du rhomboïde.

c. — Inclinaison latérale de la tête, qui est en même temps portée un peu en arrière, avec rotation légère et fixation du menton du côté opposé, et tension rigide étendue de l'extrémité externe de la clavicule vers l'origine postérieure du cou, dans la contracture de la partie supérieure du trapèze.



(Ici l'on devra se tenir sur ses gardes pour ne pas confondre la difformité avec celle produite par une affection des vertèbres cervicales, que l'on devra rejeter si l'on constate directement la contracture résistante du muscle.)

d. — Élévation du moignon de l'épaule, de la partie externe de la clavicule et du scapulum, rapprochement du scapulum de l'épine, et léger écartement de celui-ci en dehors de son angle inférieur, avec saillie dure et résistante étendue de la partie externe du scapulum à la partie postérieure du cou, dans la contracture de la partie moyenne du trapèze.

e. — Impossibilité d'écrire en ligne, et difficulté d'imprimer à l'humérus la rotation en dedans avec la contracture des rotateurs de l'humérus en dehors, et même impossibilité d'écrire en ligne et de tourner l'humérus en dehors, avec la contracture des rotateurs de cet os en dedans.

2° Conditions pathologiques. — J'ai rappelé l'exercice exagéré de certains muscles comme une cause de contractures non permanentes. J'ai au contraire signalé ici le défaut d'exercice ou l'inertie des muscles, chez des individus paralysés ou bien chez des aliénés dont la volonté et le jugement sont lésés (Calmeil, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. VIII), comme origine de contractures musculaires permanentes qui se développent d'une manière presque insensible sans aucun symptôme concomitant d'affection aiguë. Le rhumatisme musculaire peut également s'accompagner de contracture permanente. — La contracture peut dépendre encore d'une lésion d'un nerf. Elle coïncide alors, dit Calmeil, avec l'absence de tous symptômes cérébraux; elle est rare et supplée une douleur locale et quelques autres signes locaux qui la font reconnaître. C'est surtout à la suite ou dans le cours des affections des centres nerveux que s'observent les contractures permanentes; l'hémorrhagie du cerveau, le ramollissement, son atrophie (Cazauvieilh), les produits anomaux qui s'y développent, et les lésions de la moelle épinière, en sont alors l'origine. — Il faut de rappeler en masse les maladies générales, le scorbut, l'ostéomalacie, les intoxications (saturnine et autres), les névroses (hystérie, épilepsie), pour montrer combien la recherche de l'origine des contractures permanentes est parfois compliquée.

Les contractures locales persistantes n'aggravent jamais par elles-mêmes la maladie qu'elles accompagnent; elles peuvent seulement être un signe très fâcheux, si elles se rattachent à une lésion ou bien à une complication grave survenue du côté des centres nerveux.

**CONVALESCENCE.** — On peut dire que la convalescence, cet état intermédiaire à la maladie et à la santé, qui succède aux affections d'une certaine gravité, est beaucoup plus facile, dans la pratique, à décrire théoriquement qu'à constater à son début. Si l'on excepte certaines affections aiguës à marche rapide, et dans lesquelles survient, du jour au lendemain, une amélioration générale qui annonce une convalescence franche, il en est d'autres dans lesquelles il est difficile de déterminer si l'amendement, c'est-à-dire la diminution des symptômes généraux et locaux, sera durable et constituera une véritable convalescence (*Voy. AMÉLIORATION*).

La diminution de la fréquence du pouls, son retour à l'état normal et la disparition de la chaleur anormale de la peau annoncent souvent, avec le retour de l'appétit, le début de la convalescence; mais la persistance de l'accélération du pouls, ainsi que le fait remarquer Chomel (*Dict. de méd.* en 30 vol., t. VIII), n'est pas un signe qui doive faire rejeter l'idée de la convalescence quand les autres signes sont favorables. Ce n'est que petit à petit que l'ensemble des fonctions languissantes reprend son énergie, et d'autant plus lentement que la maladie elle-même

ous hygiéniques favorables d'alimentation et d'habitation, et à la suite  
es aiguës, que dans les conditions contraires.

**CONVULSIONS.** — 1<sup>o</sup> *Caractères.* — Phénomènes caractérisés par des  
ns involontaires des muscles soumis habituellement à la volonté, les  
s diffèrent des SPASMES en ce que les contractions involontaires de ces  
produisent dans les muscles de la vie de nutrition.

ulsions ainsi comprises sont partielles, plus ou moins étendues, ou  
s, et leur forme présente, en outre, trois variétés qu'il importe de  
quoiqu'elles se combinent fréquemment l'une l'autre. Elles sont  
s, *toniques* ou *cloniques*. Elles constituent, dans le premier cas, des  
s spontanées et irrégulières des fibres d'un ou de plusieurs muscles,  
e un mouvement ondulatoire sans que le muscle se contracte en entier;  
ent du phénomène musculaire décrit par Piédagnel et Forget (de  
), qui consiste en un mouvement musculaire ondulatoire, ou une con-  
comentanée, que provoque le contact ou la pression au niveau de  
uscles (Forget, *Traité de l'entérite follic.*, 1844, p. 209). On sait  
ulsions toniques, passagères ou permanentes sont des contractions  
es plus ou moins longtemps prolongées, comprenant les CONTRACTURES,  
convulsions cloniques sont brusques, rapides, plus ou moins répétées,  
ou irrégulières, donnant lieu à de simples *soubresauts des tendons*,  
des mouvements involontaires plus ou moins énergiques, ou consti-  
eiblement musculaire. Il est rare que, lorsque ces divers modes de  
s s'observent simultanément (principalement les cloniques et les  
il n'y ait pas une forme dominante. Du reste, outre ces caractères dif-  
généraux, il en est un assez grand nombre d'autres qui ont, suivant  
e importance réelle, et que je rappellerai dans le cours de cet article.  
ulsions, telles que je les comprends ici, sont des phénomènes faci-  
réciables et sur la nature desquels la simulation seule pourrait donner

une maladie générale (diathèses, fièvres, altérations du sang, névroses), ou enfin dans des causes accidentelles ou des conditions inconnues dans leur nature.

a. — Les convulsions fibrillaires localisées au niveau d'un ou de plusieurs muscles sont un des premiers signes de l'*atrophie musculaire idiopathique*, qui s'accompagne également de crampes. Il est difficile de déterminer si certaines crampes ou CONTRACTURES permanentes locales dépendent d'une affection musculaire ou d'une maladie plus générale. La même incertitude règne pour les contractures, contractions cloniques ou tremblements localisés que Duchenne (de Boulogne) a appelés *spasmes fonctionnels*, et qui attaquent les mouvements fonctionnels dont on a abusé (Voy. CONTRACTURES, p. 236).

b. — Les troncs ou les filets nerveux qui se distribuent aux muscles atteints de convulsions toniques ou cloniques peuvent être le siège de la lésion ou l'affection qui détermine ces phénomènes convulsifs. Telles sont les lésions traumatiques des nerfs ou la *névrite*, et les *névralgies* intenses, dont la constatation est facile. La névrite ou la déchirure d'un nerf pourra être le point de départ d'un véritable TÉTANOS, et la névralgie celui de secousses ou de crampes localisées et parfois très-douloreuses (tic douloureux).

c. — Parmi les maladies des centres nerveux auxquelles on pourra rapporter les convulsions, sont la congestion cérébrale, l'hémorrhagie du cerveau ou de ses annexes, son inflammation (*encéphalite*), son RAMOLLISSMENT dit *atariq*, la *paralyse générale des aliénés*, certains abcès de l'encéphale, l'HYPERTROPHIE du cerveau, et principalement les tumeurs diverses dont il peut être le siège. Selon Trousseau, les lésions peuvent aussi être les effets et non les causes des convulsions. Les lésions analogues de la moelle épinière donnent aussi lieu à des convulsions (congestion, hémorrhagie, myélite, tumeurs). De plus, les inflammations aiguës des méninges, comme leurs épanchements, sont remarquables par l'intensité et l'étendue des phénomènes convulsifs toniques ou cloniques qui les accompagnent. Telles sont l'hémorrhagie méningée, les méningites cérébrale, spinale, et surtout la méningite cérébro-spinale épidémique. L'*hydrocéphale chronique* elle-même peut se compliquer d'accidents convulsifs.

On peut dire qu'il n'y a pas d'affection consistant en une lésion manifeste des centres nerveux qui ne puisse s'accompagner de convulsions fibrillaires, ou toniques, ou cloniques; et l'on peut ajouter qu'il est rare qu'en même temps il n'y ait pas d'autres symptômes nerveux qui éclairent sur la nature de la maladie, c'est-à-dire de la céphalalgie, du délire, des paralysies alternant avec les convulsions ou se compliquant de contractures. Les convulsions, dans les maladies des centres nerveux, sont d'ailleurs très-variables dans leurs allures ou leurs formes, et l'on ne saurait admettre, comme principe général, que les convulsions qui se rattachent à ces maladies soient plutôt toniques que cloniques, comme on l'a dit. Souvent elles ont simultanément ces deux caractères. L'importance de ces phénomènes concomitants devra faire rechercher ces phénomènes avec soin dans l'état actuel et les antécédents, lorsque l'on soupçonnera l'existence d'une de ces maladies.

d. — Des affections localisées dans des organes plus ou moins éloignés des muscles convulsés ou des centres nerveux produisent des convulsions qui ont été dites sympathiques, et qui constituent des effets réflexes. Ce sont celles qui chez les enfants, résultent de la dentition ou de certaines indigestions; celles qui sont dues à des entozoaires, à certaines COLIQUES, à la gastralgie, à l'occlusion avant la suppuration, à l'asphyxie par occlusion des voies respiratoires, à une menstruation tardive, et enfin à la grossesse et à la maladie de Bright. Cependant les convulsions éclamptiques que l'on rattache à cette dernière maladie.

ômes observés. C'est aussi du rapprochement des phénomènes con-  
ne l'on déduira l'origine des convulsions asphyxiques, menstruelles, et  
de la grossesse (ÉCLAMPSIE) lorsqu'il s'y joint de l'anasarque ou une  
rie. Dans ces différentes conditions, les convulsions sont très-variables  
expression séméiologique.

lais ce sont surtout les maladies générales aiguës ou chroniques qui  
ieu aux convulsions les plus variées, telles que les maladies fébriles,  
ions du sang, les névroses générales.

vre intense, principalement au début des maladies aiguës de l'enfance,  
igne assez souvent de convulsions, avec ou sans perte de connaissance  
née; et alors l'invasion simultanée de la fièvre et des mouvements con-  
it faire soupçonner la véritable cause de ces accidents, qui sont transi-  
tantôt ils s'expliquent immédiatement par l'existence des signes d'une  
iguë particulière, une pneumonie, par exemple, et tantôt par l'appari-  
rieure d'une éruption scarlatineuse ou rubéolique. On ne saurait trop  
attention des praticiens sur les convulsions de cette espèce, de nature  
nt congestive, et qui sont attribuées légèrement, dans beaucoup de cas,  
endues méningites.

is de parler des fièvres éruptives; je dois ajouter que toutes les fièvres  
peuvent s'accompagner des mêmes accidents convulsifs à leur début,  
si être compliquées, *dans leur cours*, de convulsions locales ou géné-  
constituent alors un épiphénomène très-grave. C'est ce que Louis a cons-  
les contractures qui surviennent dans la fièvre typhoïde au niveau des  
s supérieurs (*Fièvre typh.*, 1841, t. II, p. 45). En 1855, Aran a observé  
table épidémie de contractures de ce genre, mais peu graves, chez des  
teints de fièvre typhoïde (*Soc. méd. des hôp.*, avril 1855). Les soubre-  
s tendons, les convulsions toniques et cloniques avec délire, qui caracté-  
ATAXIE envisagée comme épiphénomène complexe, sont facilement ratta-

rie et même la *glycosurie* à son début. Ici encore les symptômes concourent à éclairer sur l'origine des convulsions dans beaucoup de cas, mais à la condition qu'on les recherche avec soin. Dans les intoxications, par exemple, la cause est souvent inconnue, si l'observation est superficielle.

Dans les *névroses* se rencontrent toutes les convulsions dites idiopathiques, les *crampes* dites essentielles, l'*ÉCLAMPSIE*, l'*ÉPILEPSIE*, la *CATALEPSIE*, le *TÉTANOS* spontané, l'*HYDROPHOBIE non rabique*, la *CHORÉE*, les *CONTRACTURES DES EXTRÉMITÉS*, les *convulsions idiopathiques de la face*, le *convulsif*, la *crampe des écrivains*, comprise dans les spasmes fonctionnels, le *Duchenne* (de Boulogne), le *TREMBLEMENT sénile*. Nous reviendrons plus tard sur ces maladies essentiellement convulsives, à la plupart desquelles nous avons d'ailleurs consacré des articles particuliers.

f. — Outre les nombreuses conditions étiologiques qui précèdent, les convulsions peuvent encore dépendre de causes accidentelles ou mal connues, telles que celles provoquées par une *émotion morale* très-vive, par un *choc* prolongé, par une *douleur intolérable* quelconque, ainsi que nous avons vu à l'occasion de le rappeler pour des coliques ou des empoisonnements, le ou enfin pour des maladies d'une nature indéterminée, comme l'*acrodynia*.

*Signification.* — Les convulsions se manifestent : 1° comme signes servant de point de départ aux inductions diagnostiques ; 2° avec des symptômes concomitants qui peuvent suffire pour révéler l'origine des convulsions. — Nous n'avons pas encore entré précédemment dans des détails suffisants sur la coïncidence des convulsifs avec d'autres symptômes, pour ne pas revenir sur ce que nous n'ai donc à m'occuper ici que des convulsions qui sont primitives, c'est-à-dire celles seules toute ou presque toute la maladie.

Pour interpréter les convulsions ainsi envisagées, il faut avoir principalement égard aux particularités mêmes qu'elles présentent : à leur caractère tonique ou clonique, à leur siège, à leur marche.

a. — Les convulsions ou contractions fibrillaires spontanées se produisent seules, et localisées principalement au niveau des membres supérieurs, de l'atrophie musculaire idiopathique ou progressive ; mais elles font tout soupçonner l'invasion de cette maladie, car on les constate aussi, chez les individus nerveux très-excitables, comme troubles musculaires tantôt passagers, tantôt plus ou moins permanents et plus étendus, comme je l'ai dit précédemment ; aux membres inférieurs d'un malade atteint de douleurs névralgiques chroniques.

b. — Parmi les convulsions toniques ou contractures, il en est quelques-unes caractéristiques. Telles sont, parmi les contractures localisées : la *simple*, occupant ordinairement un des membres inférieurs ; les *contractures fonctionnelles*, qui comprennent la *crampe des écrivains* que j'ai dit précédemment ; les *CONTRACTURES IDIOPATHIQUES DES EXTRÉMITÉS* montrant par accès irréguliers comme les *crampes simples*, d'abord aux mains, qui se contractent en cône, et au niveau des orteils ; le *trismus* le premier signe du *tétanos* dans la plupart des cas, mais que l'on a vu aussi d'une *angine syphilitique* (Dewille, *Soc. anat.*, 1845). Telles sont les *contractures permanentes locales*, dont la nature est encore incertaine, qui occupent les régions les plus diverses. Ces contractures localisées font l'objet d'un article à part (*Voy. CONTRACTURES*).

Plus ou moins généralisées, les contractures ou convulsions toniques comprennent plusieurs maladies. — En première ligne on rencontre la *CATALEPSIE* qui ne peut être méconnue à première vue. — Le *TÉTANOS* a aussi pour caractère essentiel des convulsions franchement toniques ; son début par les mu-



et les convulsions idiopathiques de la face, dont je dois rappeler les principales particularités.

Les *convulsions idiopathiques de la face* sont aujourd'hui une maladie bien connue depuis que Ch. Bell a fait connaître les fonctions motrices de la septième paire de nerfs et depuis les travaux de Marshal-Hall, de Romberg, et sur tout de Charcot (1843). Ces convulsions, bornées à un côté de la face, et dont l'origine est inconnue (sauf dans les cas où l'action du froid en est l'origine), sont remarquables par leur innocuité, mais aussi par leur persistance indéfinie. Elles sont intermittentes, cloniques, variables d'intensité, tantôt rapides, tantôt lentes, pendant quelques secondes, se reproduisant à des intervalles irréguliers, montrant à la fois ou irrégulièrement au niveau des muscles du front, des paupières, du nez, de la joue, des commissures des lèvres, de la menton et du peaucier. La *mastication* reste libre, mais la *parole* et la *mastication des aliments* sont gênées. L'expression et les mouvements de la face sont naturels dans les intervalles des contractions. Dans les cas observés par Marshal-Hall, il y avait *contracture* d'un côté de la face; le sourcil était tiré en dehors, la commissure labiale en bas, et il y avait des *fossettes* au-dessus du sourcil et surtout au menton.

Il n'est pas très-rare de voir prendre pour des contractures de cette espèce des contractions normales du côté sain de la face, quand il y a *paralysie* et *parésie* du côté opposé. — Les *tics* dus à l'habitude se distingueront facilement des convulsions idiopathiques de la face, en ce qu'ils sont soumis à une volonté consciente. — Enfin les convulsions qui surviennent comme complications de la *trifaciale* s'accompagnent de douleur, tandis que les convulsions idiopathiques sont complètement indolentes.

Les convulsions cloniques *généralisées* comprennent la plupart des convulsions sympathiques (suites d'émotion morale, de douleur vive, etc.), et sont, comme principal symptôme, la CHORÉE et l'HYSTÉRIE.

Très-souvent on rencontre des convulsions à la fois toniques et cloniques, qui sont des toniques passagés rapidement. Elles comprennent une classe

Les convulsions externes peuvent faire craindre aussi comme complication l'apparition de spasmes graves, comme ceux de la glotte ou du diaphragme, suffisent pour causer la mort.

Pour compléter cet article, Voy. CONTRACTURES et SPASMES.

**COQUELUCHE.** — Cette maladie, qui se rencontre principalement les enfants, n'est pas parfaitement connue dans sa nature. Pour l'immajorité des médecins, qui partagent l'opinion de Blache (*Arch. de* 1833, t. III), c'est une névrose des organes respiratoires. G. Sée, avec F. Neumann, Rokitansky, Volz, Requin, la considère comme une maladie *spasmodique*, devant être rapprochée de la rougeole (*Arch. de méd.*, 1854). Pour quelques-uns, c'est une inflammation, et pour Gendrin et Beau ce n'est que *l'inflammation des ventricules du larynx*. Cette dernière opinion a été soutenue avec talent par Wannebroucq (*Thèse*, 1859). Mais H. Turner a rapporté un fait contradictoire et très-probant (*Edinb. med. Journ.*, 1865). Je dois ajouter que la nature contagieuse de la maladie ne s'accorderait pas avec la théorie de l'inflammation glottique. Cette contagion s'expliquerait, selon Poulhès (Lyon), par la présence dans l'air expiré des infusoires microscopiques : le *punctum* ou le *Bacterium termo* (*Acad. des sc.*, 1867); c'est un fait à vérifier.

1° *Éléments du diagnostic.* — On a divisé la coqueluche en trois périodes, mais il n'y en a en réalité que deux bien distinctes : une première qui n'est qu'une simple bronchite précédée ou non de fièvre, et une seconde qui est la seule caractéristique. C'est dans cette seconde période, en effet, que se montrent les *quintes* ou *paroxysmes* qui se répètent à des intervalles irréguliers, plus souvent la nuit que le jour (Trousseau), et que caractérise une toux quinteuse, dont les secousses expulsives se succèdent sans interruption, jusqu'à ce qu'une inspiration sifflante vienne les interrompre, pour être aussitôt remplacée d'une nouvelle série de secousses expiratoires qui amènent enfin l'expiration comme convulsive de mucosités filantes, et assez souvent aussi des aliments contenus dans l'estomac. Pendant ces quintes, qui peuvent durer moins d'une minute ou se prolonger davantage, jusqu'à un quart d'heure, on constate un gonflement et la congestion considérable de la face, et les signes d'une suffocation imminente, pendant laquelle il survient quelquefois des *hémorrhagies* par le nez (le plus souvent), par la bouche, les yeux, les oreilles (Trousseau, Gibb), des *ecchymoses* sous-conjonctivales ou sous-cutanées (Trousseau même des *hématémèses*, qui pourraient bien n'être que des épistaxis dégluties du sang passé dans le pharynx. On a noté aussi comme conséquence de ces accès une sueur abondante et froide, parfois des *convulsions*, des syncopes chez l'adulte (Blache). Pendant les paroxysmes, l'auscultation permet de plus entendre la respiration vésiculaire ; mais, dans les intervalles, on entend fréquemment des râles muqueux ou sonores disséminés, et en même temps la *percussion*, une sonorité tympanique, parfois extrême, de la poitrine. À la fin de la maladie, les paroxysmes perdent peu à peu leurs caractères, tout redevient celle de la bronchite simple.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic de la coqueluche à la première période ne saurait être établi d'après les signes du catarrhe bronchique qui seul la caractérise. L'existence de la bronchite peut seulement faire soupçonner la maladie si le sujet est placé dans des conditions telles qu'il soit exposé à la contracter ; mais ce n'est que lorsque la deuxième période se dessine, qu'il n'est plus permis de douter de l'existence de la coqueluche.

Lorsque l'on a été témoin d'un accès de coqueluche, rien n'est plus facile en effet, que de reconnaître la maladie confirmée. L'interruption de la période

en croyait plusieurs auteurs allemands, on aurait un excellent signe coqueluche dans l'existence habituelle d'une vésicule à la face inférieure de la langue. Gamberini, de Milan, prétend l'avoir constatée dans la généralité des cas de coqueluche qu'il a observés en une dizaine d'années (*Ann. univers.*, 1854). Le docteur Jules Charles, en France (1864), en aurait constaté une en travers ou sur les côtés du frein de la langue. Elle s'est rencontrée quatre fois sur cent observations; elle est attribuée par l'auteur à l'influence du nombre des quintes, et surtout au frottement de la langue sur les ulcérations serviraient au diagnostic à défaut de quintes caractéristiques. On redoutera l'invasion des phénomènes caractéristiques de la coqueluche de un à cinq ans sera celui pour lequel il y aura le plus à craindre, à l'exception qu'on rencontre la maladie chez le nouveau-né (Barthez et chez l'adulte. La nature épidémique et contagieuse de la maladie, sa durée de plusieurs semaines à plusieurs mois, et la rareté extrême des récurrences, particularités qu'il ne faut pas oublier. La rareté des récurrences, fait remarquer Wannebroucq, doit faire rejeter l'existence de la coqueluche dans les cas douteux observés chez les sujets précédemment atteints de coqueluche. Mais comment admettre dès lors qu'une simple laryngite, qui selon lui la coqueluche, ne soit pas sujette à récidiver? S'il en soit, s'il existe des symptômes généraux au début, on peut dire qu'il s'agit d'une *fièvre éruptive*, ou bien d'une *bronchite simple*. La marche de la maladie peut seule fixer le praticien dans les cas de cette dernière. Si l'on a vraiment affaire à une *bronchite capillaire*, et que cette dernière s'accompagne de quintes, on peut au contraire croire à tort à l'existence de la coqueluche; mais dans la bronchite capillaire quinteuse, on ne trouve pas les caractères intermittents caractéristiques de la coqueluche, le caractère de l'expectoration filante, et, de plus, le bruit respiratoire est profondément altéré par des râles nombreux dans l'intervalle des quintes. — La

sifflement, les lésions organiques atteignant les *nerfs pneumo-gastriques* et les filets laryngiens seuls, et dans lesquels l'existence d'une tumeur, d'un abcès ou d'une plaie, ne permet pas de méprise.

La *forme* de la maladie est sensiblement la même chez l'adulte et chez l'enfant. On admet seulement que le sifflement et le vomissement manquent plus souvent chez le premier que chez le second.

De nombreuses complications ont été observées dans le cours de la coqueluche ; elles sont utiles à rappeler. Des *convulsions générales*, des *vomissements* en dehors des quintes de toux, la *congestion pulmonaire*, la *bronchite capillaire*, la *broncho-pneumonie*, la *tuberculisation* (des ganglions bronchiques principalement), la *glycosurie* chez presque tous les sujets, sur Gibb (*The Lancet*, 1858), l'*emphysème sous-cutané* et les *hémorrhagies* (principalement les épistaxis) au moment des accès, l'*asphyxie* avec formation de caillots dans les vaisseaux pulmonaires, des *hernies*, la *chute du rectum* : telles sont les nombreuses complications qui se peuvent rencontrer, et parmi lesquelles la congestion des poumons, la bronchite et la broncho-pneumonie sont de beaucoup les plus fréquentes. A propos des complications pulmonaires je ne saurais omettre de mentionner la recommandation importante de Barthez et Rilliet, de n'explorer les organes respiratoires et circulatoires qu'un certain temps après les quintes, attendu la persistance des troubles immédiats qu'elles produisent, et qui pourraient faire croire à des complications qui n'existent pas.

Outre les complications véritables, il y a des maladies incidentes ou préexistantes à la coqueluche, et qui peuvent modifier cette dernière affection ou bien être modifiées par elle. Blache et Rilliet ont vu l'éclampsie être suspendue pendant toute la durée d'une coqueluche intercurrente, tandis que le premier de ces éminents observateurs a constaté que la coqueluche pouvait hâter la marche de la tuberculisation, et le second que le contagium de la rougeole et de la coqueluche pouvait agir en même temps chez les mêmes individus, les quintes de coqueluche survenant en général quinze jours à un mois après la fièvre éruptive, rarement avant l'exanthème et plus rarement encore en même temps que ses prodromes. Trousseau a cru devoir conclure de faits observés qu'un état fébrile intercurrent diminue toujours, et quelquefois suspend et guérit la coqueluche ; mais d'autres observateurs, comme Blache, Barthez et Rilliet, ont émis une opinion contraire.

Il y a encore à considérer l'existence d'*accidents consécutifs* à la coqueluche et qu'il importe de connaître pour les rapporter, le cas échéant, à leur véritable origine. On admet comme tels la persistance d'une *toux* non spécifique, la *dilatation des bronches* et la *tuberculisation*. La recherche des antécédents donnera à ces différents états pathologiques leur véritable caractère, dans le cas où la coqueluche en aura été réellement le point de départ.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Quoique la maladie qui m'occupe ait présenté une gravité manifeste dans certaines épidémies, on peut dire qu'elle est généralement bénigne, malgré sa durée quelquefois fort longue, qu'elle est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes, et en général que sa gravité est en raison des complications qui viennent s'y joindre. Parmi les complications rapidement mortelles, on compte la bronchite capillaire, la broncho-pneumonie et l'asphyxie. Dans un cas de mort subite survenue pendant un accès, Barthez a trouvée produite par une hémorrhagie méningée. Ce n'est pas ordinairement au début de la coqueluche que se montrent les complications, en sorte qu'il doit être réservé dans son pronostic, jusqu'à la convalescence franche. La coqueluche ne se montre qu'une fois chez la même personne.

non pathologique soit que dans des corps étrangers qui pénètrent dans les voies aériennes. On doit à Bertholle un excellent Mémoire sur ce sujet (*Corps étrangers dans les voies aériennes*, 1866), dans lequel la pathologie agnostique est bien traitée.

**CORPS ÉTRANGERS DANS LES VOIES AÉRIENNES.** — Les corps les plus divers, des plus petits, en pénétrant dans les voies aériennes, produisent des symptômes variables suivant le lieu où ils s'arrêtent. Il y a une *toux convulsive*, des accès intermittents de *suffocation*, un *point douloureux* au côté ou au poumon intéressé ; à l'auscultation, des bruits de choc, de grelot ou de soupape ; la *faiblesse* ou l'*absence du murmure* avec sonorité normale à la percussion.

Il faut remarquer que la toux initiale peut manquer si le corps étranger est situé immédiatement au-delà de la glotte, ainsi que j'en ai observé un exemple (un haricot), ce qu'il faut attribuer à ce que la glotte seule est immédiatement irritée, et non pas l'intérieur du larynx et de la trachée, comme on l'a vu quand on introduit des cannules à demeure par exemple ne déterminent pas de toux. Il ne faut donc pas attribuer la même importance que Bertholle à cette toux convulsive ; la menace de suffocation, avec cyanose et turgescence de la face, indiquent d'emblée la pénétration, et une fois le corps étranger passé dans les deux bronches principales, il survient des phénomènes d'inflammation qui peuvent être considérés comme la maladie principale. On a cru à tort à l'époque dans le fait que j'ai observé en 1865 à Cochinchine, et à propos du diagnostic du début et de l'invasion me mit sur la voie du diagnostic : au moment où elle mangeait des haricots que la jeune femme avait avalés, il y eut un accès subit de suffocation, considéré par son médecin comme le début d'une pneumonie. Le haricot expulsé par la toux le quinzième jour vint à l'appui du diagnostic que j'avais porté de la présence d'un haricot dans les voies aériennes. On me fondant sur les phénomènes du début et sur les signes très-caractéristiques à ce niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, signes analogues à



l'ouverture d'un abcès que le corps étranger a provoqué, la mort survient immédiatement ou plus tard, parfois plusieurs années après l'accident, à suite de complications.

**CORYZA (RHINITE).** — Il semble que cette affection, par sa simplicité, mérite à peine une mention particulière ; mais si l'on songe aux nombreuses conditions pathologiques dans lesquelles on la rencontre, il est aisé de voir qu'elle présente un grand intérêt diagnostique. Le coryza est aigu ou chronique.

### I. *Coryza aigu.*

**1° *Eléments du diagnostic.*** — On sait que le coryza simple a pour principaux symptômes : une céphalalgie frontale gravative, avec ou sans phénomènes fébriles, la sécheresse et l'obstruction des cavités nasales, puis des éternuements plus ou moins répétés, le larmoiement, le gonflement du nez, l'écoulement des narines d'un liquide d'abord séreux et âcre, qui rougit et gonfle la muqueuse supérieure, et qui devient ensuite de plus en plus épais, opaque, jaunâtre, à mesure que les symptômes diminuent. A la rougeur de la lèvre et des orifices des narines succède une légère desquamation.

**2° *Inductions diagnostiques.*** — Le diagnostic du coryza ne présente aucune difficulté lorsqu'il est aigu. Il n'occupe ordinairement qu'une seule des cavités nasales ; mais les signes varient suivant les parties atteintes : les yeux s'irritent, sont sensibles à la lumière, larmoyants, si le canal nasal est envahi la céphalalgie est intense, surtout frontale, et augmente dans les éternuements ce sont les sinus frontaux. Si la douleur gravative et assez vive occupe la racine du nez et s'étend aux dents voisines et à l'orbite, le sinus maxillaire est atteint. Dans ce dernier cas, la douleur, parfois très-intense, prend un caractère névralgique qui peut tenir à l'oblitération de l'orifice gonflé du sinus ; ce qui le démontre c'est que, lorsque cette ouverture redevient perméable, il s'écoule tout à coup par la narine, avec un soulagement instantané, quelques gouttes d'un liquide légèrement trouble, grisâtre, visqueux, et faisant sur le linge qu'elles empâtent des taches grisâtres légèrement foncées sur leurs bords. J'ai constaté plusieurs fois ces particularités sur moi-même.

La cause du coryza aigu simple est utile à connaître. Il ne faut pas oublier que certaines prédispositions individuelles, les refroidissements à la tête, la pénétration de substances irritantes dans les narines, peuvent le provoquer. Mais le coryza aigu n'est pas toujours simple ; aussi doit-on rechercher s'il dépend pas d'une autre maladie, s'il n'est pas symptomatique, en un mot.

Il peut d'abord compliquer accidentellement certaines lésions locales des fosses nasales, telles que des ulcérations, des polypes des fosses nasales, mais ce soit le plus ordinairement le coryza chronique que ces lésions déterminent. — Le coryza aigu est fréquent chez les *scrofuleux*, qui y sont particulièrement prédisposés. — Il est surtout fréquent, comme symptôme, survenant d'emblée, dans les fièvres éruptives, principalement dans la rougeole, rarement dans la scarlatine. L'intensité du mouvement fébrile, qui est d'être proportionnée à l'inflammation de la pituitaire et qui ne peut s'expliquer par elle, et les autres prodromes de l'affection (le larmoiement et la caractéristique dans la rougeole, l'angine dans la scarlatine) aident beaucoup au diagnostic, surtout lorsque l'on sait que ces maladies règnent épidémiquement. — On peut en dire autant de la *grippe* et des *diphthéries* épidémiques.

Cependant le coryza diphthérique peut se développer d'emblée d'une manière insidieuse ; il peut être méconnu en l'absence de fausses membranes du pharynx, et si le défaut de symptômes généraux graves et hors de proportion avec les phénomènes observés du côté des fosses nasales ne fait pas au premier

ment même en effet, si l'on ne songeait pas à ces maladies.

On rappelle plus haut les phénomènes particuliers qui résultent du siège de l'inflammation de la pituitaire. Son degré d'intensité ne présente rien de particulier. Mais ses complications méritent d'être rappelées; on peut, constater, comme conséquence d'un coryza aigu, la *névralgie trifaciale* (effet aussi bien qu'une cause de coryza), l'*hémiplégie faciale*, et, au nouveau-né, comme l'a vu trois fois Salathé, le *spasme de la glotte*.

**Prognostic.** — Le coryza aigu, à part celui qui dépend de la diphthérie nasale, est une affection bénigne chez l'adulte. Cependant on voit quelquefois la céphalalgie persister longtemps au niveau des sinus frontaux, et ne disparaître que par l'expulsion fortuite d'une masse compacte de mucosités infectées pendant longtemps obstruées ces cavités.

Le coryza aigu simple n'est pas, pour les *nouveau-nés*, une affection aussi légère que chez les adultes, en raison de l'étroitesse des cavités nasales et des constrictions des jeunes enfants; il en résulte que les mucosités s'accumulent, gênent la respiration, devenant difficile, gêne la succion du mamelon. Dans ces cas, cette succion s'accompagne d'une véritable menace d'*asphyxie*, et on observe de l'assoupissement, de la prostration, de légères convulsions qui peuvent mener à la mort. Le praticien doit donc être réservé dans son pronostic, lorsque le coryza présente une certaine intensité chez les enfants à la mamelle.

#### **Coryza chronique.**

Le coryza chronique, qui est apyrétique et de longue durée, s'accompagne quelquefois lorsque il est léger, d'une altération de la voix : elle n'est pas purement nasale, mais se mêle à la voix (J. J. Cazenave). Lorsqu'il est simple et que la sécrétion nasale est très-abondante, on a fait la remarque qu'il peut produire l'œdème du voile du palais, qu'on serait tenté d'attribuer à une cause organique grave. Le point capital du diagnostic est de déterminer la cause du coryza chronique. Lorsqu'il est symptomatique, ce qui arrive le plus souvent. Si l'excrétion est d'une fétidité repoussante, il sera facile de la rattacher à l'ozena.

moins au bout de quelques jours; le liquide devient sanieux, sanguinolent, et suivant Diday (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*, 1854), il se forme incessamment des croûtes qui obstruent les fosses nasales. Dans sa marche lentement croissante, ce coryza a moins de tendance à gagner les parties supérieures (où l'on peut pourtant voir, au voisinage des narines, des fissures, des pustules, des ulcérations) qu'à pénétrer profondément vers le pharynx, le voile du palais et même le larynx, où des ulcérations peuvent se former. Les os s'altèrent à leur tour; ils peuvent être expulsés par fragments, et il résulte : soit l'aplatissement du nez, soit la perforation de la cloison nasale que l'on peut constater par l'inspection (Diday). Le diagnostic peut d'ailleurs être facilité par la coïncidence d'autres accidents syphilitiques.

**CÔTES.** — Voy. INTERCOSTALES (Régions), et INSPECTION de la poitrine.

**COU.** — La multiplicité des organes dont le cou se compose rendrait compliqué l'exposé des signes qui peuvent s'y rencontrer. Il est en général facile d'en constater la localisation dans chaque organe de cette région, dont est spécialement question dans le cours de cet ouvrage. Il y a un petit nombre de signes qu'il n'est quelquefois difficile d'y localiser anatomiquement. Au premier abord, comme les *souffles vasculaires*, l'énorme tuméfaction du cou qui accompagne des *diphthéries* très-graves et qui ne tient pas seulement au gonflement des ganglions cervicaux, certains abcès profonds qui viennent à se montrer dans cette région, et enfin les signes qui siègent au niveau de la colonne vertébrale cervicale ou dans les muscles qui s'y insèrent, dans les affections diverses comprises sous le nom de TORTICOLIS.

**COUENNE.** — Voy. SANG.

**COURBATURE.** — Un sentiment de fatigue excessive, d'abattement, de brisement au niveau des muscles, caractérise la courbature. C'est un état passager qui survient chez l'homme bien portant à la suite d'un exercice d'un travail forcé, et qui se montre aussi comme phénomène pathologique au début et dans le cours d'une foule de maladies. Dans ce dernier cas, la courbature n'a une certaine valeur diagnostique qu'au début des maladies aiguës lorsqu'elle se joint à un état de malaise général, à de l'anorexie, à des frissons erratiques, etc., en un mot aux signes d'un état fébrile plus ou moins accusé; mais elle se montre aussi bien dans des maladies légères que dans des maladies graves. On a également donné le nom de courbature à la fièvre éphémère (Voy. ce dernier mot).

**COXALGIE.** — Cette affection, quoique chirurgicale, doit être rappelée ici comme l'une des manifestations de la scrofule. De plus, il peut arriver que dans la CONTRACTURE idiopathique des extrémités (Rilliet et Barthez), et dans l'hystérie, il survienne dans l'un des membres inférieurs un état douloureux qui simule parfaitement la coxalgie. Alph. Robert et d'autres auteurs ont cité des faits d'hystérie de cette espèce. La malade de Robert, étant dans le décubitus sur le dos, avait son membre inférieur fortement étendu et son pied tourné dans la rotation en dedans; elle ne pouvait faire le moindre mouvement, et poussait des cris perçants dès qu'on voulait mouvoir le membre. La possibilité de tous les mouvements de flexion, d'extension, etc., pendant l'anesthésie par le chloroforme que Barthez et Rilliet avaient déjà conseillée comme moyen diagnostique de la coxalgie simulée, démontra la nature simplement nerveuse de l'affection.

**CRACHATS.** — On doit comprendre cette expression dans son sens le plus étendu, et l'appliquer aux matières plus ou moins liquides ou tenant des corps solides en suspension, et qui sont rendues par la bouche par expectoration ou par excréation ou par simple expuition. On sait que l'expectoration est caracté-

crachats provenant 1<sup>o</sup> des voies aériennes profondes, 2<sup>o</sup> des fosses il y a lieu de signaler, soit qu'on les considère isolément, soit qu'on les considère en rapport avec d'autres signes. Dans ce dernier cas, le plus favorable à l'exploration, leur recueil dans un vase peut donner une idée, sinon du volume, du poids, de la quantité de matières crachées dans un temps donné, ce qui est plus difficile à apprécier. — Leur *couleur* est tantôt nulle, le liquide étant aqueux et transparent, et tantôt grisâtre, opaline, ou opaque et blanchâtre, jaunâtre, jauneverdâtre ou moins jaune vif, jaune-rougeâtre, rose ou rouge plus ou moins foncé, jusqu'à la couleur du sang pur, rutilant ou noirâtre; parfois ils sont de couleur chocolat. La couleur est tantôt homogène et tantôt multiple dans le même crachat. — Leur *consistance* est un de leurs principaux caractères. Elle est également très-différente suivant les circonstances, depuis le plus mou et le plus liquide jusqu'à la matière presque solide ou même complètement solide; la viscosité des crachats est un état intermédiaire entre ces deux extrêmes, leur diagnostic est souvent incertain, mais leur valeur diagnostique est incontestable lorsqu'il s'y joint d'autres signes, ce que je rappellerai plus loin. — L'*odeur* des crachats est tantôt nulle, tantôt douceâtre, d'autres fois nauséabonde, et parfois pénétrante, généralement ressemblant à celle des matières fécales. — Quelquefois ils ont une saveur légèrement sucrée, salée, etc., mais ces sensations exprimées par les malades n'ont la plus souvent aucune valeur pratique; il n'en est pas de

crachats provenant 1<sup>o</sup> des voies aériennes profondes, 2<sup>o</sup> des fosses il y a lieu de signaler, soit qu'on les considère isolément, soit qu'on les considère en rapport avec d'autres signes. Dans ce dernier cas, le plus favorable à l'exploration, leur recueil dans un vase peut donner une idée, sinon du volume, du poids, de la quantité de matières crachées dans un temps donné, ce qui est plus difficile à apprécier. — Leur *couleur* est tantôt nulle, le liquide étant aqueux et transparent, et tantôt grisâtre, opaline, ou opaque et blanchâtre, jaunâtre, jauneverdâtre ou moins jaune vif, jaune-rougeâtre, rose ou rouge plus ou moins foncé, jusqu'à la couleur du sang pur, rutilant ou noirâtre; parfois ils sont de couleur chocolat. La couleur est tantôt homogène et tantôt multiple dans le même crachat. — Leur *consistance* est un de leurs principaux caractères. Elle est également très-différente suivant les circonstances, depuis le plus mou et le plus liquide jusqu'à la matière presque solide ou même complètement solide; la viscosité des crachats est un état intermédiaire entre ces deux extrêmes, leur diagnostic est souvent incertain, mais leur valeur diagnostique est incontestable lorsqu'il s'y joint d'autres signes, ce que je rappellerai plus loin. — L'*odeur* des crachats est tantôt nulle, tantôt douceâtre, d'autres fois nauséabonde, et parfois pénétrante, généralement ressemblant à celle des matières fécales. — Quelquefois ils ont une saveur légèrement sucrée, salée, etc., mais ces sensations exprimées par les malades n'ont la plus souvent aucune valeur pratique; il n'en est pas de

crachats provenant 1<sup>o</sup> des voies aériennes profondes, 2<sup>o</sup> des fosses il y a lieu de signaler, soit qu'on les considère isolément, soit qu'on les considère en rapport avec d'autres signes. Dans ce dernier cas, le plus favorable à l'exploration, leur recueil dans un vase peut donner une idée, sinon du volume, du poids, de la quantité de matières crachées dans un temps donné, ce qui est plus difficile à apprécier. — Leur *couleur* est tantôt nulle, le liquide étant aqueux et transparent, et tantôt grisâtre, opaline, ou opaque et blanchâtre, jaunâtre, jauneverdâtre ou moins jaune vif, jaune-rougeâtre, rose ou rouge plus ou moins foncé, jusqu'à la couleur du sang pur, rutilant ou noirâtre; parfois ils sont de couleur chocolat. La couleur est tantôt homogène et tantôt multiple dans le même crachat. — Leur *consistance* est un de leurs principaux caractères. Elle est également très-différente suivant les circonstances, depuis le plus mou et le plus liquide jusqu'à la matière presque solide ou même complètement solide; la viscosité des crachats est un état intermédiaire entre ces deux extrêmes, leur diagnostic est souvent incertain, mais leur valeur diagnostique est incontestable lorsqu'il s'y joint d'autres signes, ce que je rappellerai plus loin. — L'*odeur* des crachats est tantôt nulle, tantôt douceâtre, d'autres fois nauséabonde, et parfois pénétrante, généralement ressemblant à celle des matières fécales. — Quelquefois ils ont une saveur légèrement sucrée, salée, etc., mais ces sensations exprimées par les malades n'ont la plus souvent aucune valeur pratique; il n'en est pas de

Le *mucus*, qui constitue souvent à lui seul les crachats et qui est fourni par les muqueuses, ou plutôt par les glandes qui leur sont annexées, est transparent ou demi-transparent grisâtre, et d'une consistance variable, visqueuse, gluante, ou plus ou moins dense, viscosité qu'il doit à la *mucosine*; le mucus montre au microscope, non pas des globules, comme on l'a dit, mais des cellules d'épithélium pavimenteux ou cylindrique, des gouttes graisseuses, des granulations moléculaires, des vibrions ou autres infusoires lorsqu'il n'est pas renouvelé (Ch. Robin). On a considéré comme simplement muqueux les crachats jaunes, jaune-verdâtres plus ou moins opaques qui ont de la ressemblance avec le pus, qui doivent réellement cet aspect au pus lorsqu'ils en contiennent des globules.

Le *pus* est presque toujours plus ou moins mélangé au mucus dans les crachats d'aspect puriforme (*muco-pus*), et c'est le mucus qui leur donne leur viscosité et les fait flotter à la surface de l'eau. Lorsque les crachats sont entièrement purulents, ce qui est rare, ils sont fluides, en une masse homogène miscible à l'eau, qu'ils troublent et dont ils gagnent le fond; ils forment avec l'ammoinie une espèce de gelée transparente incolore d'une grande ténacité (Thompson) et ils offrent au microscope des globules de pus ou des leucocytes, qui distinguent le pus du mucus.

La *sérosité*, dont la quantité varie dans les crachats, se sépare de leurs parties plus compactes lorsqu'ils sont réunis dans un vase, et l'on a tiré de la présence de ces parties plus compactes à la surface ou dans le fond du liquide des indications sur leur nature. Quoique fondée dans un certain nombre de cas, cette appréciation n'est pas rigoureusement exacte, car un crachat épais de mucus de nature peut être tantôt plus léger et tantôt plus pesant que la sérosité, suivant la plus ou moins grande quantité de mucus ou d'air qui lui est incorporée.

La présence du *sang* donne aux matières crachées plusieurs aspects différents lorsqu'il n'est pas immédiatement reconnaissable par son isolement en striures en caillot, ou en masse constituant seule les crachats. Incorporé à ces dernières en plus ou moins grande quantité, le sang leur donne une teinte rosée à peine sensible ou plus ou moins foncée s'ils sont opaques, ou bien une couleur jaune clair, orange, safran, s'ils sont visqueux et demi-transparents; parfois ils présentent un aspect brunâtre. On ne saurait trop recommander de ne pas confondre avec du sang les matières colorées provenant des médicaments que l'on donne aux malades (le kermès, l'extrait de ratanhia, par exemple), et qui, s'attachant aux parois du pharynx, en sont expulsées ensuite. Le microscope, montrant dans les crachats des globules sanguins, est d'ailleurs un excellent moyen d'y reconnaître la présence de sang dans les cas douteux.

Parmi les autres éléments que les crachats peuvent présenter, les uns sont reconnus à première vue, soit parce que leur aspect est caractéristique, soit parce que l'on a constaté déjà la présence de ces éléments dans la bouche ou le pharynx; les fausses membranes, certaines altérations organiques, des matières alimentaires, etc., sont dans ce cas. D'autres demandent un examen plus approfondi, et, dans les cas douteux sur la nature des matières rendues, les réactions chimiques et l'examen microscopique seront d'un grand secours. Il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler la bile qui, à première vue, par la coloration jaune qu'elle donne aux crachats, fait croire quelquefois à la présence du sang; encore la sérosité des kystes hydatiques; les détritiques véritablement gangréneux et difficiles à distinguer à première vue des fausses membranes colorées par le sang, et des concrétions solides plus ou moins ramifiées. On a cru d'abord que la matière tuberculeuse était reconnaissable à des caractères propres, mais on



nasales, des cavités et des conduits aériens, mais encore dans l'œsophage même dans les parties plus profondes du tube digestif, ou dans d'autres es plus ou moins éloignés. Dans ces derniers cas, il s'établit, à un moment, une communication morbide accidentelle avec les cavités aériennes ou tie supérieure du tube digestif, et il s'y déverse des matières qui viennent ntrer au dehors. Voyons comment on peut arriver au diagnostic de ces ons nombreuses en prenant les crachats pour point de départ.

as devons d'abord faire observer que, dans une foule de circonstances, la r séméiologique des crachats devient trop secondaire pour attirer l'attention manière spéciale : c'est lorsqu'ils constituent un élément de diagnostic ument peu important en présence des autres signes d'une maladie d'ail-très-évidente, que la lésion soit immédiatement visible comme dans les ons de la bouche et certaines affections du pharynx, ou que cette lésion lus profonde.

is en dehors de ces faits, il en est d'assez nombreux dans lesquels les ats sont d'abord les seuls signes qui peuvent conduire au diagnostic, ou ls soulèvent par leur apparition dans le cours d'une maladie un nouveau ème à résoudre, soit qu'ils annoncent une complication particulière, soit ussissent pour faire revenir sur le diagnostic déjà porté, ou au contraire le justifier complètement. Dans ces différentes circonstances, l'étude des ats est d'une utilité incontestable. Or, avant de chercher à déterminer la lion pathologique de leur apparition, le praticien doit se demander *de rgane ils émanent*, déterminer en un mot leur siège anatomique primi- is faire de cette détermination la base de ses inductions diagnostiques.

nature même du crachat suffit assez souvent pour révéler son origine. d'autres fois, le problème à résoudre présente des difficultés, et il faut en her la solution dans les antécédents et dans l'état actuel du malade; les ions accessoires qui se rattachent à l'expulsion des crachats sont aussi des nts très-importants de diagnostic et qu'il ne faut pas négliger. J'ai déjà

est plus de même si les mucosités s'écoulent lentement des cavités nasales dans le pharynx. C'est surtout quand il s'agit de crachats sanguinolents qu'il est important de rechercher si le sang provient ou non des fosses nasales.

On est embarrassé quelquefois pour savoir si des mucosités plus ou moins filantes et rendues par exspuition proviennent ou non des *voies digestives profondes*. Mais il ne peut y avoir de doutes sur cette provenance si les mucosités sont assez abondantes, si elles contiennent des parcelles alimentaires ou bilieuses, et si le malade sent parfaitement les liquides arriver dans le pharynx immédiatement après un effort de vomiturition ou de vomissement.

Les crachats des *voies respiratoires* sont aisément rapportés à leur véritable source, car ils ne peuvent être lancés dans le pharynx ou dans la cavité buccale que par la toux ou par une expiration ordinairement forte et brusque, et le malade a parfaitement conscience de leur expulsion. Souvent d'ailleurs l'aspect des crachats eux-mêmes, les symptômes fonctionnels et les signes physiques permettent pas de douter de cette origine. Cependant il est une question de solution importe beaucoup au diagnostic et qu'il n'est pas toujours facile de décider ; c'est celle de préciser la partie des voies respiratoires où se fait l'expectoration. Le malade signale quelquefois un point particulier de la poitrine d'où il sent, dit-il, se détacher les crachats ; mais c'est là un élément trompeur de diagnostic. Les signes physiques, le siège des râles perçus par l'auscultation et tout, sont, avec les autres phénomènes de la maladie, les meilleurs guides pour cette détermination.

S'il est ordinairement facile de reconnaître que les crachats proviennent réellement des cavités buccale, nasale, ou des conduits aériens, il ne l'est pas toujours de décider qu'ils sont formés dans le *pharynx*. Cette cavité est, en effet, l'aboutissant commun des fosses nasales, du tube digestif et des voies aériennes supérieures et épiglottiques. De plus, la présence seule des mucosités dans le pharynx suffit quelquefois pour provoquer de la toux ou des efforts de vomissement, et l'on pourrait croire alors que ces mucosités proviennent du larynx ou de l'œsophage. Cependant, lorsqu'il n'existe aucun signe de lésions dans les voies digestives ou respiratoires, les signes locaux qui existent du côté du pharynx, et l'excrétion qui en expulse les matières secrétées démontreront que ces matières proviennent. Il n'y a aucun doute à cet égard lorsque l'excrétion chasse de petites masses concrètes, de la grosseur d'un petit pois, de couleur grisâtre, de la consistance du suif, d'une odeur repoussante lorsqu'on les écrase, et qui sont fournies par les lacunes des amygdales.

Enfin il peut arriver que les crachats proviennent d'organes plus ou moins éloignés de ceux dont il vient d'être question, par suite d'une *communication morbide* avec les cavités aériennes ; mais il est rare que cette communication ne soit pas brusque et que les matières rendues ne soient pas en grande abondance, ce qui donne un cachet particulier à ces accidents (*Voy. PERFORATION, RUPTURES*). Dans les cas exceptionnels où le conduit de communication ne laisse passer qu'une petite quantité de liquide, la nature de ce liquide et ses éléments histologiques, rapprochés des symptômes ou signes qui peuvent exister déjà au niveau d'un organe, suffisent ordinairement pour en faire déterminer l'origine. C'est ce qui arrive pour des collections purulentes, pour des kystes.

Le siège de production des crachats étant établi, on est sur la voie du diagnostic de la maladie principale ou secondaire qui en est l'origine, et nous n'aurions qu'à renvoyer aux mots PHARYNX, FOSSES NASALES, RESPIRATOIRES (*Organes*) pour faire compléter le diagnostic, si les crachats expectorés n'étaient, dans certains cas de diagnostic difficile, les seuls signes sur lesquels on puisse

prononcer, ou bien si, dans une affection connue, ils n'indiquaient rien de particulier.

Les crachats rendus par expectoration, ceux qui sont muqueux se ren-  
trouvent principalement dans la congestion pulmonaire, dans la bronchite aiguë  
mais ils peuvent se montrer aussi dans le cours de certaines  
de la phthisie pulmonaire encore peu avancée, et dans plusieurs  
cas : toutes les fois, en un mot, qu'il y a sécrétion exagérée de la  
muqueuse, soit par inflammation, soit par simple excrétion non  
pathologique, ce que les crachats seuls ne permettent pas toujours de recon-  
naître, excepté la pneumonie, dans laquelle les crachats ont une impor-  
tance, et la simple bronchorrhée dans laquelle la sécrétion bronchique  
importante est le seul symptôme, il y a ordinairement d'autres éléments  
qui donnent aux matières expectorées une valeur secondaire.

Les crachats de la bronchite aiguë sont d'abord transparents et plus ou  
moins réunis en masse, ils forment un liquide plus ou moins visqueux,  
tantôt plus spumeux à sa surface que les mucosités ont été plus  
mêlées avec l'air dans les voies aériennes. Plus tard, les crachats  
devenant opaques, jaunâtres ou jaune-verdâtres, puis leur viscosité aug-  
mente, le temps qu'ils diminuent de quantité. C'est à cette seconde  
phase de la bronchite aiguë, ou comme élément habituel de la bronchite ou  
chronique, que les crachats muqueux avec ou sans pus peuvent  
être comparés à ceux de la phthisie; et c'est surtout dans les cas où la bronchite  
est liée à une dilatation des bronches que cette confusion est facile.

microscopiques  
crachats  
ils peuvent  
cas faire  
confusion.  
de ces  
d'après  
rien, aux-  
empruntés  
si-contre  
sont pul-  
des cel-  
lules dé-  
tendues,  
ou colloï-  
daires  
ucocytes  
antité.

phthisie  
les ma-  
tiorées  
s-mêmes  
néologi-  
squelles  
des frag-  
ments de  
substance

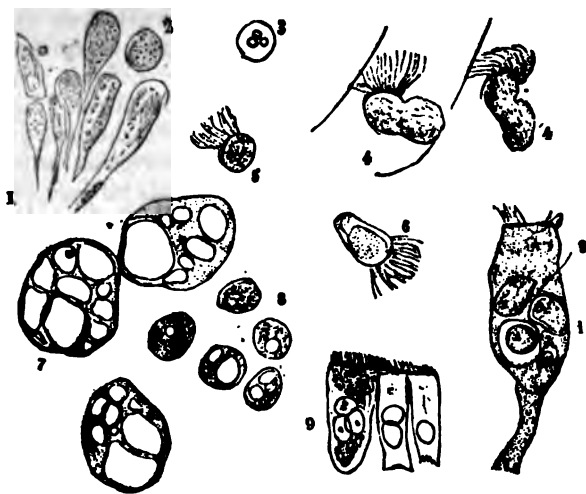
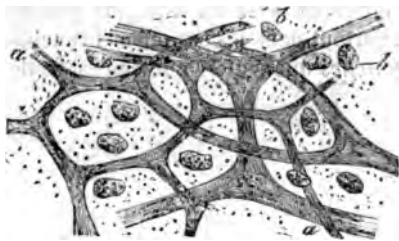


Fig. 20. — 1, cellules prismatiques; 2, leucocyte avant l'addition d'acide acétique; 3, leucocyte traité par l'acide acétique; 4, mouvements d'une cellule cylindrique à cils vibratiles expectorée; 5, portion d'une cellule cylindrique devenue sphérique, analogue à un leucocyte et ayant conservé ses cils vibratiles; 6, fragment d'une cellule cylindrique avec ses cils vibratiles; 7 et 8, grandes cellules cylindriques et leucocytes devenus vésiculeux ou calloses; 9, épithélium cylindrique dont les noyaux se multiplient; 10, cellule cylindrique présentant plusieurs noyaux (Hérard et Cornil).

ou lorsque, vers la fin de la maladie arrivée à son dernier  
devenant puriformes et forment une masse homogène d'un gris  
bleu et comme violet. Il faut, dans le premier cas, se garder de

considérer comme des détritits tuberculeux toutes les stries opaques que présentent les crachats, car, dans la simple bronchite chronique, on peut en rencontrer d'un aspect semblable. Malheureusement le microscope ne peut, comme on l'a cru d'abord, lever les doutes à cet égard, les tubercules n'ayant pas comme l'avaient pensé quelques micrographes, de caractère spécial. La constatation a avec raison beaucoup d'importance aux crachats striés lorsque l'on constate en même temps les signes d'une caverne tuberculeuse. Il signale l'importance diagnostique de la forme arrondie, pelotonnée des crachats opaques des phthisiques, même comme premier indice de l'affection tuberculeuse tout en reconnaissant qu'il y a des exceptions. Le même observateur fait remarquer aussi qu'à un moment donné de la seconde période de la phthisie, il peut y avoir expectoration d'une énorme quantité de crachats comme puriformes provenant probablement des cavernes existantes et des bronches, sans qu'il puisse l'attribuer à une masse de tubercules ramollis ou bien à une caverne ouverte dans les bronches (*Rech. sur la phthisie*, 1843). Très-rarement trouve dans les crachats des phthisiques des débris visibles du poumon, et même tout des calculs. Cependant le microscope, en permettant d'y constater la présence de fibres pulmonaires mélangées à des globules purulents, fournit la dernière preuve de la fonte du tissu pulmonaire, *fig. 21*.



*Fig. 21.* — Tubercules : paquets de fibres pulmonaires rejetés par l'expectoration (Lebert, *Anatomie pathologique*).

Le même signe s'observe dans la gangrène du poumon. Enfin, des concrétions solides ou des corps étrangers peuvent pénétrer accidentellement dans les voies aériennes, viennent parfois éclairer le diagnostic, obscur jusque-là, lorsque ces concrétions ou ces corps sont expulés avec les crachats.

Lorsque, dans la dilatation des bronches, l'expectoration ne se fait franchement par crises caractéristiques survenant principalement une ou deux fois par jour, et remarquables par l'abondance des matières expectorées, ces

crachats présentent des caractères qui peuvent être confondus avec ceux de la bronchite chronique simple ou des crachats des tuberculeux. Bartholin, qui a étudié la dilatation des bronches avec tant de soin, n'a trouvé comme caractères distinctifs que ceux qui sont classiques en quelque sorte, et qui, n'étant pas constants, ne peuvent par conséquent s'utiliser dans tous les cas. Il en est même de ce fait qu'il signale, à savoir que, « dans la phthisie, les crachats sont isolés, souvent pelotonnés, plongent habituellement sous l'eau, ou laissent détacher, par l'agitation au milieu du liquide, des grumeaux épais qui se précipitent rapidement au fond du vase; tandis que, dans les dilatations des bronches, les crachats, ordinairement fondus les uns dans les autres, forment une masse de muco-pus qui, mise dans l'eau, surnage en nappe ou s'y enfonce seulement en partie sous forme d'un nuage demi-opaque, et ne laisse détacher que des parcelles, des filaments qui gagnent très-lentement le fond de l'eau » (*Mém. de la Soc. d'observation*, t. III).

Si les crachats sanguinolents briquetés se rencontrent dans la pneumonie aussi bien que dans la bronchite aiguë, dans l'apoplexie pulmonaire, et dans des cas de simple exhalation sanguine combinée à des mucosités bronchiques, il n'en est plus de même des crachats visqueux, de couleur rouillée, abricotée, de sucre d'orge, safranée, verdâtre, qui sont bien propres à la pneumonie.

l'au, mais surtout en étalant les crachats sur une plaque de verre noir, avoir fait séjourner dans l'eau.

Je ne pas plus loin dans cette étude séméiologique des matières expectorées, je saurais mieux terminer qu'en recommandant la lecture de l'excellent ouvrage de Martineau a publié sur le même sujet (*Nouv. Dict. de méd. et de chir.*, art. CRACHATS, p. 478.)

**NOTEMENT.** — Voy. RAGE.

**CONVULSIONS.** — Voy. CONVULSIONS (p. 239) et CONTRACTURES (p. 232).

**E.** — Les parois osseuses du crâne empêchent que son volume varie à l'occasion des lésions des parties qui y sont contenues. Si l'on excepte les tumeurs crâniennes qui sont du domaine de la chirurgie, l'hydrocéphalie seule signalée comme origine d'une ampliation générale et parfois énorme du crâne, se produisant dans l'enfance avant l'ossification des sutures, pouvant persister jusqu'à l'âge adulte (Voy. HYDROCÉPHALIE).

Les symptômes qui siègent au niveau du crâne et qui intéressent le diagnostic, je dois signaler : les différentes douleurs, dont le siège au niveau des parois osseuses ou des organes intra-crâniens, doit être recherché (Voy. CÉPHALALGIE); la tuméfaction œdémateuse et inflammatoire survient par suite de l'extension au cuir chevelu de l'érysipèle de la face, ou de diverses autres lésions que l'on rencontre sur le cuir chevelu avec une éruption aiguë ou chronique, comme les abcès symptomatiques, les pustules fongiques, les différentes éruptions qui affectent de préférence cette surface cutanée, et que l'on a particulièrement désignées sous le nom de **ÉRYSIPELÉ**.

La palpation, et surtout l'inspection des parties à l'œil nu, celle des produits des lésions et des cheveux au microscope, sont les moyens mis en usage pour reconnaître les éléments directs du diagnostic.

**BRUIT DE FROTTEMENT.** — Voy. RALES et FROTTEMENT (Bruit de).

**RALES.** — Voy. RALES.



des conditions absolues. On sait que la plupart des crétins, mais n'un goître plus ou moins volumineux.

**CRI.** — Le cri n'a de valeur symptomatique que chez les enfants, qui n'ont pas, ainsi que les individus plus âgés, la voix articulée, moyen d'expression. Billard et, après lui, Valleix et les observateurs sont occupés à décrire les maladies des enfants nouveau-nés, ont donné au cri une importance que dans un nombre limité de cas il n'a réellement d'importance que dans un nombre limité de cas.

Après avoir rappelé les causes accidentelles qui provoquent le cri chez l'enfant nouveau-né, Billard l'a considéré suivant sa forme, son intensité, sa durée; mais on peut négliger cette dernière considération comme peu importante. Billard a insisté avec raison sur la distinction du cri de l'effort et de celui de la reprise qui a lieu dans l'inspiration. Quand le cri est altéré, il faut observer avec attention si c'est la reprise ou le cri qui offre l'altération.

Lorsque la reprise seule se fait entendre, et que le cri est étouffé, on ne peut pas ou pénètre peu dans les poumons; on doit avoir alors la preuve très-probable d'un engouement ou d'une inflammation de la glotte ou bien le signe possible de l'inflammation de la glotte ou de la trachée (Billard). Le cri aigu de la reprise se manifeste exclusivement chez les enfants atteints de la rougeole, d'une angine intense, d'une strangulation produite par la présence d'un corps étranger dans le larynx, ou dans lequel le cri aigu a été comparé au chant du coq, sans être pathognomonique.

Le cri expulsif est remarquable par son acuité et son intensité, il est continu, suivant Coindet, qui l'a dénommé *hydrencéphalique*, et il est propre à l'inflammation des méninges. Rilliet a observé des crises catarrhales s'accompagnant dans l'enfance de somnolence et de convulsions, mais qu'il est disposé, avec Bartholin, à attribuer à des douleurs névralgiques violentes (*Malad. des enfants*, t. I, p. 100).

Valleix (*Clin. des malad. des nouv.-nés*, 1838) a fait remarquer que le cri est aigu, entrecoupé, faible, souvent étouffé et voilé dans tous les cas de laryngite, et que dans le *sclérème* ces caractères sont loin d'annoncer toujours la laryngite, comme on l'a avancé avant lui. Enfin, suivant Billard, le cri continu serait souvent voilé seul dans les affections catarrhales des voies respiratoires, et le cri chevrotant serait peut-être un indice de l'œdème du larynx.

**CRISES.** — On est bien loin aujourd'hui d'accorder aux crises l'importance exagérée que leur attribuaient les anciens, et de leur consacrer la place qu'elles occupaient dans la pathologie. La théorie des crises n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique; et, quant aux crises elles-mêmes, on n'appelle plus ainsi tout changement ordinaire qui survient dans le cours d'une maladie et qui s'annonce par des symptômes particuliers. L'étude de l'anatomie pathologique a fait justice d'un grand nombre de ces prétendues crises, qui s'expliquent par des ruptures ou des hémorrhagies résultant simplement des progrès d'une lésion.

Étudiées d'après les faits cliniques, les crises doivent se réduire à une série d'un petit nombre de phénomènes qui ne peuvent être considérés comme critiques qu'à la condition de coïncider avec un amendement définitif de la maladie, de la juger, comme l'on disait autrefois. Toutes les crises des enfants, qu'elles soient accompagnées de vomissements, de diarrhées, de sueurs, de des évacuations plus ou moins abondantes par la peau, par les reins, ne sauraient plus être considérées de nos jours comme de véritables crises. Le transport d'une inflammation ou d'un

ne convalescence franche; les hémorrhagies nasales ou autres qui lement disparaître les symptômes d'une pléthore sanguine ou ion locale; les flux intestinaux abondants, qui coïncident avec la ipanchements dans les séreuses ou dans le tissu cellulaire sous- les dépôts sédimenteux des urines, comme dans la plupart des les, ou enfin des urines aqueuses abondantes à la fin de certains ux (hystérie).

re d'envisager les crises paraîtra bien insuffisante à ceux qui consi- ment comme critiques une foule d'autres phénomènes que je ne er ici, attendu qu'ils n'ont pas véritablement le caractère de *crises*, uis imposé de n'attacher d'importance qu'aux faits ou aux prin- issent démontrés.

Æ. — Voy. VENINS.

— Le croup, qui est caractérisé par le développement de fausses ans le larynx, et qui est appelé en raison de cette circonstance *pseudo-membraneuse* ou *couenneuse*, est une des manifestations is redoutables de la diphthérie. A ce dernier titre, et comme carac- nsemble de phénomènes particuliers très-importants, son diagnostic men spécial.

*du diagnostic.* — Qu'il se développe par l'extension au larynx des pseudo-membraneuses primitivement développées dans le pharynx, beaucoup plus rare, que ces exsudations se développent d'emblée t, le croup se manifeste par les caractères principaux suivants : *gêne t respiration*, manifeste par les efforts musculaires respiratoires; pide et sifflante, expiration au contraire plus prolongée, se faisant nt ou sans bruit; *voix* très-altérée, plus ou moins éteinte, étouffée, même que la *toux*, qui est fréquente, déchirée, douloureuse; n d'abord nulle, puis abondante, muqueuse, visqueuse, rarement

*coloration violacée de la face, de lividité des lèvres, parfois extrême et même de mouvements convulsifs* ; ils se terminent après d'une demi-heure à plusieurs heures par l'expectoration de *mucosités* et filantes, ou d'une *fausse membrane*, après l'expulsion de laquelle peut reprendre momentanément son timbre naturel (Barthez et Rill la reproduction d'une nouvelle couenne.

*2° Inductions diagnostiques.* — Il est évident que l'ensemble de principaux du croup ne pourrait laisser aucun doute sur l'existence de la maladie ; mais, comme j'ai eu souvent occasion de le rappeler à propos d'affections, ils sont assez souvent incomplets de nombre. Il y a bien une pathognomonie, l'expulsion par la toux d'une fausse membrane, mais d'abord ce signe fait souvent défaut, et ensuite, lorsqu'il existe, qu'il ait sa valeur que les fausses membranes aient des dimensions et une forme qui autorisent à les considérer comme provenant du larynx.

La présence de l'exsudat fibrineux dans le pharynx est, sans aucune importance, à faire attribuer au croup les accidents laryngiens qui surviennent assez souvent ; cependant elle ne suffit pas pour faire croire que ces accidents dépendent d'un véritable croup survenu par extension de lésions pharyngiennes, car les phénomènes asphyxiques peuvent être de causes que je rappellerai tout à l'heure.

En présence du croup survenant d'emblée, soit comme maladie primitive, soit comme affection secondaire (dans certaines rougeoles, par exemple), on observe rapidement croissante de la respiration, altération précitée de la toux, dyspnée bientôt compliquée d'accès asphyxiques de suffocation. On hésite souvent à se prononcer, si l'expulsion au dehors de fausses membranes ne vient pas révéler la nature diphthérique de la maladie laryngienne. L'existence des ganglions cervicaux qui, par sa fréquence dans la diphthérie, est un excellent élément de diagnostic dont on doit tirer parti, peut être produite par une autre cause. C'est dans les faits de cette espèce qu'on a vu commettre les erreurs qui ont conduit à trachéotomiser des enfants exempts de laryngisme ; et il faut avouer franchement que ceux qui ont jeté la pierre à ces confrères en pareille circonstance, n'ont nullement démontré qu'ils étaient dans de meilleures conditions, ils ne fussent pas tombés eux-mêmes dans la même erreur.

Les erreurs de diagnostic sont d'autant plus faciles à commettre que le malade est à l'âge où le croup se remarque le plus fréquemment (de sept à dix ans), et qu'il règne une épidémie de diphthérie. Cette circonstance, l'existence d'une épidémie diphthérique est très-importante, car elle aide à expliquer, à tous les âges, l'invasion du croup, et de redouter ces contagions si insidieuses, auxquelles le corps médical, dans ces dernières années, a payé un si large tribut. D'un autre côté, la connaissance de l'existence d'une épidémie ne devra pas faire admettre trop à la légère l'existence du croup, qu'il n'existera pas. Des accès de toux, de suffocation et d'asphyxie à ceux du croup peuvent, par exemple, se remarquer dans les cas de diphthérie ayant pénétré dans les conduits respiratoires, comme chez un enfant de deux ans (*Voy. p. 248*). De là la nécessité de l'examen de l'ensemble des antécédents et des phénomènes actuels, avant de se prononcer.

Les prodromes ont une réelle valeur lorsque, par exemple, ils consistent en symptômes généraux plus ou moins graves, sans lésion locale apparente (*Voy. DIPHTHÉRIE*), et qui bientôt sont suivis de l'invasion de phénomènes locaux de la diphthérie laryngienne. Il y a tout lieu de croire que même que se soient montrés les signes les plus caractéristiques (accès

is. — Le *coryza diphthérique* ne saurait être confondu avec la diphthé-  
gienne, mais l'apparition de symptômes fonctionnels du croup dans le  
un *coryza couenneux* bien constaté ne permettra guère de douter de la  
lenticité des accidents laryngiens. — Quant à la diphthérie bronchique  
CHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE, elle se distinguera nettement du croup  
dans les cas où il y aura netteté relative de la voix et expulsion de  
membranes tubulées et ramifiées; mais en l'absence de ces caractères  
, le diagnostic pourra être très-douteux. Il me semble difficile de se  
r d'après le signe indiqué par Wilson, d'Édimbourg, d'une *dépression*  
*considérable des espaces sus-claviculaires et intercostaux dans l'ins-*  
*piration* si l'obstacle réside dans le larynx, et d'une dépression bien moindre  
le est dans le poumon.

Les localisations particulières de la diphthérie dans les voies respiratoires  
venons de rappeler sont, avec le croup, des variétés de diphthéries qui  
voient un signe commun : l'expulsion de fausses membranes au dehors.  
Or cette expulsion n'est pas constante dans la diphthérie croupale, on  
l'absence de ce signe, croire à l'existence du croup en présence de  
autres affections dans lesquelles ce même signe fait défaut.

La *laryngite aiguë grave* présente des exacerbations de dyspnée  
qui peuvent en imposer complètement pour le croup, et à plus forte raison en  
même de la *laryngite striduleuse* ou PSEUDO-CROUP. Cette dernière  
a été souvent confondue avec la laryngite pseudo-membraneuse. Pour  
ne pas se tromper, on tiendra compte de la marche différente des symptômes  
et des symptômes eux-mêmes (Barthez et Rillet). Le croup est souvent  
l'angine pseudo-membraneuse et de phénomènes fébriles; son déve-  
lopement est graduel (dyspnée, voix et toux éteintes), et dans l'intervalle des  
accès de suffocation, il y a persistance de la fièvre, *sifflement* laryngo-trachéal  
et absence de l'extinction de la voix et de la toux. Dans le pseudo-croup,  
de suffocation surviennent *brusquement la nuit*, quelquefois précédés

Enfin on a pris pour le croup des *abcès rétro-laryngiens* ou *rétro-amygdaliens*, qui ne sont pas très-rares chez les enfants à la mamelle, comme nous l'avons dit plus haut, et qui ont été pris pour le croup aiguë. Dans un fait rapporté par Herff (Darmstadt), il y avait nécrose du cartilage cricoïde, et par conséquent des phénomènes locaux antérieurs qui devaient jusqu'à un certain point, éloigner l'idée d'un croup (Voy. *Union méd.*, 1844).

En constatant l'existence du croup, il est facile d'en déterminer le degré, qui n'est que celui de l'asphyxie plus ou moins avancée qu'il produit. Bien que le croup soit attaché à l'anesthésie, comme signe de croup arrivé à sa période terminale, il n'a pas une importance qui résulte simplement de ce que la perte de la sensibilité annonce les progrès de l'asphyxie (Voy. p. 64). — Les formes du croup sont toutes relatives à la marche variable qu'il affecte. Il est en effet primaire ou secondaire; et, dans ce dernier cas, il est le plus souvent consécutif à une pharyngite couenneuse ou diphthérique, et bien plus rarement à une bronchite de même nature. On a cité des faits de croup dans lesquels le *toux a manqué* (Hache), et d'autres avec une expectoration de fausses membranes laryngiennes à de longs intervalles, ce qui a pu faire croire à la possibilité d'un *croup chronique*, qui est loin d'être généralement admis.

A propos des formes de la maladie, je dois encore rappeler que, chez l'adulte, elle présente ceci de particulier qu'elle débute plus fréquemment que chez l'enfant par le mal de gorge et la gêne de la déglutition dus à une pharyngite couenneuse, et qu'il y a rarement soit des accès de suffocation, soit une respiration sibilante. Parmi les huit faits recueillis par Louis (Du croup de l'adulte, *Rech. anat. path.*, Paris, 1826), on en compte six dans lesquels le croup était secondaire et se montra dans le cours de maladies aiguës ou chroniques.

Quant aux complications du croup, la maladie est habituellement simple et si courte, qu'il n'en est guère qui méritent une mention spéciale, à part la *pneumonie* et le *spasme de la glotte* chez les enfants. Les autres complications sont des accidents consécutifs : une *gêne de la respiration* qui persiste quelquefois longtemps, des *accès de suffocation* résultant de la perte partielle de la mobilité et de la sensibilité des cordes vocales, une altération de la voix due à la même cause, sans rappeler celles qui accompagnent la diphthérie en général, et qui lui sont consécutives (Voy. DIPHTHÉRIE). L'*emphysème pulmonaire* a été signalé comme très-fréquent par Rilliet et Barthez.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — On sait que le pronostic du croup est extrêmement grave, et serait probablement mortel, en effet, dans tous les cas où on l'abandonnerait à lui-même. C'est du moins ce que l'on peut présumer, dans l'état actuel de la science.

**CROUTES.** — Les concrétions de ce nom résultent de la dessiccation de la surface de la peau ou vers les orifices des membranes muqueuses, de liquides ou de particules organiques assez variées. Les croûtes représentent une espèce d'un assez grand nombre de maladies de la peau au même titre que les pustules, les pustules, les squames. Elles sont composées, suivant Ch. Robin, de lamelles épithéliales, imbriquées, de globules de pus, reconnaissables par l'action de l'eau, puis action de l'acide acétique; quelquefois de globules de sang accumulés, plus ou moins déformés, de granulations graisseuses et de matière amorphe peu ou très-granuleuse. Il faut ajouter à ces éléments les débris végétaux qui constituent les croûtes faviques (Bazin). Les croûtes en général varient de forme, de volume, de nombre, de couleur, de consistance, de situation aux parties sous-jacentes, et l'état de ces parties qu'elles recouvrent constitue aussi assez souvent un caractère diagnostique plus ou moins important.

C'est d'après l'ensemble de ces différentes données et en tenant compte



leur siège dans telle ou telle région, que l'on peut déterminer de cet élément particulier des affections cutanées.

En outre, de cause les croûtes qui résultent de lésions traumatiques ou de continuité accidentelles, je signalerai encore comme à peu près celles de forme ponctuée ou résultant d'éraillures de la peau que comme signes de *prurigo*, les croûtes ponctuées qui surmontent l'*acné simplex*, celles plus étendues de l'*herpès labialis*. Quoiqu'elles soient comme signes, mais très-faciles encore à reconnaître, je ne les compte pas parmi les croûtes de la varioloïde, et celles de la variole, occupant principalement la face, à laquelle elles forment quelquefois un masque hideux.

Quant à la face les croûtes ordinairement peu épaisses, occupent le front, qui succèdent à l'érysipèle bulleux, et qu'entoure une éruption caractéristique. Chez les enfants et les jeunes gens, on y voit celles souvent d'un jaune-verdâtre ou jaune de miel, friables, épaisses, recouvertes d'un liquide visqueux et occupant le pourtour des lèvres, les yeux, et toute la face. Plus rarement, dans la *gangrène de la bouche*, les croûtes au niveau des paupières, des narines, des lèvres. Le nez présente aussi le siège de croûtes de *scrofulide pustuleuse* d'un jaune sale. Chez l'adulte, la lèvre supérieure ou le menton présentent quelquefois des croûtes de *sycose* ou *mentagre* saillantes, d'un jaune-verdâtre ou rougeâtre, aux croûtes qui se forment au niveau des cancroïdes de la face, les croûtes daires comme signes, l'état des parties molles suffisant au diagnostic. Le cuir chevelu est souvent aussi le siège de croûtes confluentes qui peuvent lui former une calotte complète, de même que les conaires (Voy. TEIGNES), qui sont toujours caractérisées par leur dureté, au moins dans quelques-unes de leurs parties. — Des croûtes d'autres sont celles, ordinairement minces, qui entourent une moitié d'une partie du tronc, et qui résultent d'un zona parvenu à sa période. — Leur siège à la vulve fait facilement reconnaître les lésions humides et infectes qui accompagnent la folliculite vulvaire.

Les croûtes qui peuvent occuper indifféremment les diverses parties du corps sont les larges et minces, comme celles de l'*acné sébacée*, auxquelles la peau est rouge, d'aspect huileux avec des orifices béants dilatés, ou comme les croûtes grisâtres ou d'un jaune-verdâtre de l'*eczéma*. Cependant ces dernières sont quelquefois épaisses, inégales, dures.

(de quelques centimètres au plus de diamètre), plus régulières, ordinairement peu saillantes, et mélangées à des bulles ou à des pustules, les croûtes doivent être attribuées au pemphigus. Très-rarement au contraire, noirâtres, inégales, reposant sur des ulcérations profondes, elles cachent la surface, elles sont un signe de rupia ou d'ecthyma (Voy. BULLES).

On connaît pour caractères des croûtes des *syphilides* (ordinaires *pustuleuses*) d'être dures, épaisses, verdâtres, quelquefois adhérentes, irrégulières et mamelonnées comme des écailles.

Ces particularités ne sauraient être considérées comme suffisantes dans les cas, pour faire attribuer aux concrétions une origine syphilitique d'un petit liséré blanchâtre autour de la croûte serait, suivant moi, le signe caractéristique en pareille circonstance.

**JF** (Bruit de). — Voy. FROTTEMENT.

**CURARE.** — Voy. EMPOISONNEMENTS.

**CYANHYDRIQUE (Acide).** — Voy. EMPOISONNEMENTS.

**CYANOPATHIE.** — Voy. CHROMHYDROSE et CYANOSE.

**CYANOSE.** — On a fait pendant un certain temps de la cyanose mention particulière sous le nom de *maladie bleue, cyanopathie, etc.*, mais l'on regardait ce phénomène comme l'effet de la communication mortelle des cavités du cœur. Mais Louis (*Rech. anat.-patholog.*) a démontré l'exactitude de cette manière de voir, la coloration bleue de la peau n'étant pas la conséquence nécessaire de la communication signalée (Voy. COMMUNICATIONS MORTELLES, p. 217). Aussi doit-on considérer la cyanose comme un symptôme qui résulte d'une foule de conditions pathologiques très-différentes que je rappellerai à l'heure.

1<sup>o</sup> *Caractères.* — La cyanose est caractérisée par une coloration bleuâtre, violacée de la peau : soit partielle, comme on le voit au niveau des lèvres ou de leur pourtour, au niveau des ongles, des extrémités, des parties d'un seul membre ou de la moitié supérieure ou inférieure du corps, ou moins généralisée à la peau et aux muqueuses visibles. La coloration est ordinairement plus foncée aux extrémités et à la face que dans les autres parties. Suivant Peacock, la couleur varie et dépend jusqu'à un certain point de la peau. Elle serait d'un *bleu foncé* ou *noirâtre* lorsqu'elle est très-foncée et que le corps est amaigri; *bleu rougeâtre* ou *rose foncé*, s'il y a une certaine maigreur ou un certain embonpoint; enfin la couleur serait masquée par l'œdème cutané. Je dois ajouter que la cyanose diffère complètement de la coloration toujours livide des colorations anormales plus ou moins brunes de la peau, et de celle qui est généralisée et produite par l'usage interne du nitrate d'argent. Par son siège dans l'épaisseur même du tégument, elle ne pourrait jamais être confondue avec la couleur bleuâtre de la *chromose* due à une exsudation pigmentaire s'enlevant par le frottement, et n'est habituellement que le pourtour des yeux.

On a rapproché de la cyanose une foule de signes que l'on doit, avec raison, attribuer aux conditions pathologiques qui produisent ce phénomène symptomatique, conditions qui ont une grande importance, comme nous le verrons.

2<sup>o</sup> *Conditions pathologiques.* — Pour bien déterminer les conditions pathologiques de la cyanose, il faudrait avoir une connaissance parfaite de son mode de production. Malheureusement, malgré les importants travaux d'anatomie pathologique, c'est une question complexe qui n'est pas entièrement élucidée. On sait seulement que la condition la plus générale de la cyanose est la présence dans les capillaires cutanés d'un sang non normal, mais on n'est pas toujours d'accord sur son origine.

Il faut avant tout distinguer deux ordres de faits pour arriver à reconnaître la condition étiologique de la cyanose : ceux dans lesquels la cyanose est essentielle, ceux où elle est accidentelle.

a. — *Cyanose congénitale.* — Ce sont les faits de cette espèce que l'on décrit sous les noms de *maladie bleue, de cyanopathie cardiaque*, et qui ont longtemps été considérés comme dus au mélange des deux sangs veineux et artériel. La plupart des cas de cette catégorie, qui ont été étudiés par Dumas et autres, au point de vue de l'anatomie pathologique (*Thèse*, 1845), s'accompagnent plus souvent de deux signes importants : de *souffles cardiaques*, anormaux, au passage du sang par les orifices persistant entre les cavités droites et gauches, ou au rétrécissement de l'artère pulmonaire, et de *matité étendue* ré-

hypertrophie des cavités droites du cœur. Le souffle, la matité précordiale et l'absence de la cyanose depuis la naissance devront faire attribuer ce dernier phénomène au rétrécissement de l'ARTÈRE PULMONAIRE, lésion que l'on a rencontrée dans près de la moitié des cas d'affections congénitales du cœur (70 fois 150, selon Peacock).

— *Cyanoses accidentelles.* — Ce second ordre de faits, que le plus de interrogatoire permet de séparer des précédents, s'en distingue surtout par les conditions pathologiques de la cyanose. Quoiqu'il y ait le plus souvent, et d'autre, *obstacle à la circulation*, les causes de cet obstacle sont toutes dans les cas de cyanoses accidentelles, et, de plus, il y a, dans ces derniers des troubles de l'hématose résultant d'*altérations du sang* ou de *perturbations nerveuses* qui suffisent pour produire la cyanose accidentelle, sans que rien au cours du sang. De là trois origines à rechercher.

Quand il y a obstacle à la circulation, on le trouve soit au niveau du cœur, soit dans les *poumons*, soit dans les *troncs veineux*. Dans les deux premières situations, la cyanose est généralisée; dans la troisième, elle est localisée dans les ramifications d'où proviennent les ramifications originelles des veines comprimées, et elle coïncide alors avec l'œdème, qui est même le phénomène principal.

Quand l'obstacle au cours du sang est au niveau du cœur, il est généralement reconnu que c'est par la gêne ou l'absence qu'elles apportent au cours du sang que les lésions de cet organe produisent si fréquemment la cyanose, quel que soit le point qu'elles occupent. On se guide par les signes fonctionnels et physiques qui accompagneront la cyanose en la circonstance, que l'on sera guidé pour en placer l'origine au niveau du cœur. Il en sera de même pour les affections des gros vaisseaux. — L'obstacle au cours du sang qui peut, dans les cas précédents, être en deçà du poumon (au niveau des troncs veineux, des orifices des cavités droites ou de l'artère pulmonaire), ou bien au-delà du poumon (aux veines pulmonaires, aux orifices des artères gauches ou dans l'aorte), peut occuper le point intermédiaire, c'est-à-dire le poumon lui-même. C'est non-seulement le siège le plus ordinaire des obstacles à la circulation sanguine, mais encore de la plupart de ceux qui s'opposent à la libre pénétration de l'air dans les organes respiratoires, et qui, les uns et les autres, déterminent fréquemment la cyanose en produisant l'asphyxie, c'est-à-dire en empêchant l'échange des gaz dans les capillaires des poumons. Il me faut citer ici d'abord toutes les affections des bronches et des poumons d'une certaine gravité, gravité qu'elles empruntent presque toujours à des obstacles vasculaires et surtout respiratoires qu'elles produisent, et dont la cyanose est une des manifestations. Certaines congestions pulmonaires, la pneumonie, la bronchite capillaire, l'emphysème, les obstructions des conduits respiratoires par des mucosités abondantes, par des exsudats plastiques, par le sang, par des corps étrangers, l'infiltration dans le tissu pulmonaire de produits nouveaux (*tubercules, cancer*) sont autant de conditions pathologiques qui peuvent déterminer l'apparition de la cyanose. Pareille chose arrive momentanément (cyanose passagère) dans les fortes quintes de la coqueluche, dans les accès d'éclampsie, dans ceux dus à l'épilepsie. Tout obstacle à la pénétration de l'air qui siège dans les conduits situés au-dessus des poumons (glotte, larynx, trachée, troncs bronchiques) agit de même, qu'il occupe l'intérieur de ces conduits, leur épaisseur ou leur voisinage; l'œdème de la glotte, certaines laryngites, le croup, la cicatrisation d'ulcérations des voies aériennes, des tumeurs les comprimant de dehors en dedans (les tumeurs du médiastin, par exemple), doivent être rappelés ici. Les épanchements abondants de la plèvre,

surtout lorsqu'ils se font rapidement, et le développement de *tumeurs intra-thoraciques volumineuses* tendent également, en comprimant non les troncs aériens, mais le poumon lui-même, à empêcher la pénétration de l'air d'où résulte une *ASPHYXIE* graduelle, et par suite la cyanose. Le reflux des poumons par des tumeurs abdominales agit de même.

Certaines cyanoses résultent de quelques *altérations du sang*, parmi lesquelles il faut placer celle qui s'observe dans plusieurs *empoisonnements*, et tout dans le *choléra*, dans lequel la cyanose, le plus souvent généralisée, est remarquable. Ici le seul aspect du malade et l'existence des vomissements et la diarrhée sont caractéristiques. Je dois rapprocher de ces faits celui de typhoïde observé par Valleix, et qui s'accompagna, dans son cours, d'une cyanose généralisée sans autre complication.

Enfin il est évident que la cyanose peut résulter aussi de certains troubles de l'innervation réagissant sur les mouvements musculaires respirateurs, et rendant insuffisants. Cette insuffisance, en effet, peut entraîner une asphyxie graduelle par pénétration incomplète de l'air dans les poumons, lorsque la maladie du cerveau, de la partie supérieure de la moelle, ou l'atrophie des muscles respirateurs, paralysent l'action de ces derniers. Le même effet peut résulter aussi de la contracture prolongée de ces muscles, comme dans le *tétanos* et dans la contracture idiopathique des extrémités généralisée.

On voit, d'après ce qui précède, combien la cyanose a de nombreuses significations diagnostiques, mais il est clair que sa signification n'est obscure dans les maladies qui ne sont pas révélées par d'autres symptômes ou qu'elle bien manifestes, reléguant la cyanose au second rang.

Sous le rapport du pronostic, la cyanose a une signification d'une grande valeur lorsqu'elle est persistante. Elle est alors un signe pronostique fâcheux en raison de l'affection à laquelle elle se rattache, et qui est souvent au-delà des ressources de l'art. Lorsqu'elle est congénitale, on voit quelquefois le malade vivre un assez grand nombre d'années, mais jamais jusqu'à un âge avancé.

**CYRTOMÈTRE.** — Andry et Bouillaud ont employé le nom de *Cyrtomètre* pour désigner un instrument destiné à mesurer le relief des saillies précordiales, en relevant la position respective de deux points extrêmes d'un point moyen intermédiaire. Cet instrument est aujourd'hui abandonné. Cela se comprend par ce seul fait que les deux extrémités de la saillie ne sont pas des points invariables par rapport au point central, et que tous les points subissent une ampliation ou un retrait simultanés par le fait de l'ampliation ou de la rétrocession correspondantes du même côté ou des deux côtés de la poitrine (*Voy. MENSURATION*).

J'ai donné la même dénomination de *cyrtomètre* à un instrument d'exploration tout différent du précédent par sa confection et par son usage, puisqu'il permet de relever le profil de la courbe circulaire de la poitrine tout entière, à la hauteur voulue, et de tracer sur le papier cette courbe ou la coupe horizontale du thorax, en fournissant à la fois le *périmètre* et tous les diamètres de la poitrine. J'ai démontré, à propos de la MENSURATION, qu'il fallait tenir compte de ces deux données pour obtenir de l'ampliation ou de la rétrocession thoraciques, considérées comme signes, tout l'avantage pratique qu'on a le droit d'en attendre; or, comme le *cyrtomètre* seul fournit simultanément les deux espèces de données, il constitue, suivant moi, l'instrument de mensuration le plus utile. Il peut d'ailleurs servir à relever le profil des courbes verticales du thorax, et se prête admirablement à fournir le tracé de toutes les courbes

*vivant*, comme je l'ai rappelé dans la Note que j'ai lue à l'Académie (*Bulletin de l'Académie*, mars 1857).

Le cyrtomètre consiste en une tige en baleine, longue de 60 centimètres, composée de pièces articulées de 2 en 2 centimètres et à double

Fig. 22, comme de Vau-  
manière à  
flexion que  
surfaces  
on l'ap-  
mp, et par



Fig. 22. — Extrémité initiale du cyrtomètre réduit de moitié.  
a, plaque transversale recourbée.

profil de ces surfaces. Mais comme, étant appliquée au pourtour la tige pourrait ne pas conserver son incurvation intacte du moment

irée, j'y ai fait pra-  
ticulations particu-  
istent dans le sens  
on du cyrtomètre,  
u contraire très-

le sens de son  
ig. 23. Il en ré-

articulations, très-  
le sens de l'écar-  
ettent d'abord de

cilement la tige  
rvant intactes les  
médiaires, puis  
courbe générale

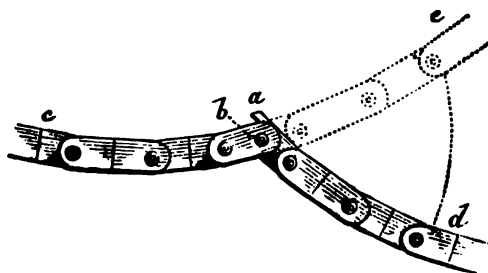


Fig. 23. — Une des deux articulations extra-mobiles destinées à faciliter l'éloignement du cyrtomètre des surfaces convexes sur lesquelles on l'applique. c, e, instrument appliqué. c, d, instrument dans l'écartement.

qu'on les fait jouer en sens contraire. Les articulations à frotte-  
être resserrées de temps en temps à l'aide d'une clef ou d'un

application du cyrtomètre, un premier procédé, que j'ai décrit  
e à l'Académie, consiste à obtenir successivement le tracé de  
e la poitrine; mais il en est un second plus simple et que je n'ai  
er dans cette note. C'est ce dernier que je vais décrire, en faisant  
les seules données de la mensuration cyrtométrique qui intéressent  
ont l'étendue du *périmètre* de la poitrine à la hauteur de la base  
sternal, et, au même niveau, l'étendue des trois *diamètres ver-*  
*, et vertébro-mammaires* droit et gauche.

ir simultanément ces résultats, le sujet doit être couché d'aplomb  
ur que les muscles soient dans le relâchement, et que les organes  
abdominaux n'éprouvent aucune gêne réciproque comme dans la  
ou assise; de plus, il doit être à jeun, ou du moins n'avoir pas  
s copieux, dont la présence dans l'estomac suffit pour dilater sen-  
ase de la poitrine; enfin il ne doit pas offrir de météorisme abdo-  
ré, qui produit un effet analogue.

ur se place à la gauche du malade, ou de préférence du côté  
git d'une lésion localisée de l'un des côtés de la poitrine, pour  
yrtomètre de champ, à la hauteur de l'articulation sterno-xiphof-  
ce d'abord un trait vertical à l'encre, ou simplement en pressant  
avec l'ongle au niveau de cette articulation. La main droite saisit  
té initiale du cyrtomètre, fig. 24; elle le maintient de champ



entre les extrémités de l'index et du médius qui arc-boutent contre la tige de cette extrémité, la tige étant placée du côté de la paume de la main.



Fig. 24. — Main droite qui maintient l'instrument contre l'épine dorsale, la pulpe des doigts indicateurs et médius appuyée contre elle comme point d'appui.

l'extrémité est alors glissée derrière le thorax à la hauteur de l'articulation sterno-xiphoïdienne, la colonne vertébrale, fig. 25, *b*, où elle est nue fixée au niveau de l'épine, en deçà de laquelle appuient les doigts conducteurs. A ce propos, nous ferons remarquer que, placé un peu plus haut ou un peu plus bas que le niveau exact de l'articulation sterno-xiphoïdienne, les résultats ne varient pas sensiblement.

Tandis que la main droite fixe le cyrtomètre à l'arrière, la main gauche *c* applique successivement sa tige de champ et au pourtour de la poitrine en avant, en traversant au niveau, puis au-delà de la ligne transversale au bas du sternum *a*. Cela fait, on maintient le cyrtomètre :



Fig. 25. — Application du cyrtomètre du côté gauche. *a*, trace verticale faite au niveau de la base de l'appendice xiphoïde. *b*, bras droit de l'observateur dirigé vers l'épine dorsale. *c*, main gauche.

ricure, que l'on retire ensuite doucement en faisant soulever un peu le thorax au besoin.

La tige retirée est portée à plat sur une feuille de papier écolier. On l'incurve doucement jusqu'à ce qu'on arrive à la résistance des *lignes mobiles*, et on la maintient par les deux extrémités, de manière à correspondre au pli vertical de la feuille de papier : en bas, le point correspondant à l'épine, et en haut, le chiffre qui indique l'étendue du cyrtomètre du côté entièrement circonscrit. La tige étant maintenue dans cette position par ses deux extrémités, on trace avec un crayon toute la courbe qu'elle a prise. Enfin, sans changer de côté du lit, on mesure le cyrtomètre du côté incomplètement circonscrit, avec le cyrtomètre maintenant la main contre la colonne vertébrale, et tendu de l'autre jusqu'à l'articulation sterno-xiphoïdienne.

On a obtenu ainsi : 1° le périmètre de chaque côté de la poitrine et

on r  
le  
dece  
qu'il  
au n  
cette  
au l  
d'une  
tion  
peut  
quer  
sant  
mala  
écart  
quen  
poit  
parti  
rieur  
tige  
range  
trémi

à sept jours au plus, la cystite non traumatique survient le plus souvent dans le cours d'une *blennorrhagie* ou par suite de l'application récente d'un *vésicatoire* : circonstances étiologiques qu'il est essentiel de ne pas oublier.

*2° Inductions diagnostiques.* — La connaissance de ces données pratiques rend le diagnostic de la cystite ordinairement facile. Cependant on doit demander si l'on a vraiment affaire à une inflammation de la vessie dans les accidents de quelques heures qui résultent si souvent de l'application d'un *vésicatoire*, et qui sont caractérisés par les envies fréquentes d'uriner, la douleur et la difficulté passagère de la miction. Lorsque du sang ou du pus sortent dans la vessie, ils provoquent les mêmes troubles fonctionnels; peut-on encore dire qu'alors il y a cystite? Il est difficile de l'admettre, comme on ne peut d'affirmer qu'il y a simple congestion. De ces troubles fonctionnels légers, qu'aux accidents les plus prononcés qui caractérisent manifestement la cystite, il y a un enchaînement qui ne permet pas de préciser le degré où commence vraiment l'inflammation.

Quoi qu'il en soit, la cystite aiguë une fois admise, il faut remonter à la cause, d'où résulte la forme ou la physionomie différente de la maladie. d'abord je dois rappeler qu'en dehors des faits les plus ordinaires dus à l'extension de la blennorrhagie ou à l'influence d'un *vésicatoire*, la cystite aiguë peut résulter de l'ingestion de la poudre de cantharides dans l'estomac, de l'extension à la vessie d'une inflammation occupant l'utérus, le rectum, le péri-utérus et qu'elle est parfois aussi la complication d'une fièvre continue. Cependant on rencontre des cas exceptionnels, dans lesquels il est impossible de découvrir l'origine de la cystite, et ces faits douteux ont été considérés comme exemples de cystite primitive ou idiopathique. Mais le plus souvent, comme on le voit, la cystite est secondaire.

La *forme cantharidienne* de la cystite, due à l'absorption sous-épidermique ou à l'absorption par les voies digestives du principe actif des cantharides, a été étudiée avec soin par Morel-Lavallée (*Arch. de méd.*, 1847, t. XIII). Elle présente comme signe spécial l'expulsion par l'urètre, après des douleurs, des épreintes et des efforts inouïs, de *fausses membranes* consistantes de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et dont la largeur varie de celle d'une pièce de 50 centimes à celle de la moitié d'une carte à jouer; l'urine contient en même temps et dans tous les cas, une grande quantité d'*albumine* et se prend presque en masse par la chaleur. Ce coagulum albumineux est indépendant d'un dépôt qui rend l'urine trouble au moment de l'émission, s'il est très-abondant, et qui, dans tous les cas, se dépose par le refroidissement au fond du vase, où il forme une sorte de gâteau de gelée, demi-transparent, tremblotant et d'une consistance variable. Ce produit, considéré d'abord comme de l'albumine par Morel, a ensuite été rapproché par lui du dépôt fibrineux qui se forme dans le liquide contenu dans certains épanchements ascitiques et pleurétiques. Ce coagulum ne se dissout donc pas de la *mucosine*, selon Morel, comme dans la cystite catarrhale, comme l'ont dit Ch. Robin et Verdeil. La cystite cantharidienne est d'ailleurs rarement violente. Il peut arriver, dans les cas les plus graves, que tout le système urinaire soit envahi par l'inflammation; mais cela est fort rare, et le plus souvent la cystite cantharidienne est d'une intensité moyenne ou légère. Dans ce dernier cas, il peut n'y avoir en urinant qu'une douleur peu sensible au début ou dans la vessie, ou de la chaleur; mais l'urine n'en est pas moins albumineuse et les petites fausses membranes ne sont pas rares. Le dépôt fibrineux fait défaut.

Il est très-important dans tous les faits de cystite de s'informer s'il a été

une application récente de vésicatoire, ou si le malade entretient la suppuration d'un exutoire avec de la pommade de cantharides. Morel-Lavallée a rapporté une observation curieuse dans laquelle on avait négligé de constater cette dernière circonstance, et où la cystite persistante fut attribuée à la présence d'une  *pierre dans la vessie* . Tous les accidents cessèrent par la suppression de l'exutoire, ce qui démontra qu'il s'agissait d'une cystite cantharidienne. Le même observateur a signalé aussi la possibilité de prendre cette espèce de cystite pour une  *hématurie*  produite par une toute autre cause.

Il est également important, dans le diagnostic de la cystite en général, de constater que l'on n'a pas affaire à une cystite du domaine chirurgical. Je ne veux pas parler ici des cystites traumatiques aiguës dues à des contusions, à des plaies ou à des opérations, et dont l'origine s'annonce d'elle-même, mais de celles que peuvent produire des corps étrangers introduits ou développés dans l'intérieur de la vessie : soit que des manœuvres immorales les aient fait pénétrer de l'urètre dans la vessie, ce que le malade hésite à avouer, soit qu'un calcul vésical jusqu'alors inaperçu produise l'inflammation. Dans ces deux circonstances, l'urine pourra contenir du sang, mais ce signe serait insuffisant pour constater la présence du corps étranger dans la vessie, car la cystorrhagie peut se montrer aussi dans la cystite cantharidienne. La sonde seule permettra de reconnaître la présence des corps étrangers dans la vessie.

On a considéré comme conséquence ou complication des cystites une  *congestion des vésicules séminales* , avec émission d'une petite quantité de spermatozoïdes qu'on trouve dans l'urine, et qui donnent lieu par conséquent à une  *émission de spermatorrhée* . Mais c'est aux cas chirurgicaux que se rapportent principalement les complications graves de la cystite aiguë : les  *vomissements* , le  *hoquet* , le  *météorisme* , la  *rétention d'urine* , soit dans la vessie, soit dans le  *rein* , par suite du gonflement inflammatoire du col vésical ou de l'orifice des  *uretères* , d'où la  *fièvre urinaire* , le  *délire*  et la  *mort* .

3°  *Pronostic.*  — La cystite aiguë qui n'est pas du ressort de la chirurgie se termine bien rarement ainsi d'une manière fatale, à moins qu'il n'y ait empoisonnement par les cantharides; et encore est-ce alors à l'intoxication et non à la cystite aiguë que succombent les malades. Dans les autres circonstances, la maladie se termine ordinairement par guérison.

## II. Cystite chronique.

1° Elle se développe le plus souvent d'une manière graduelle, et succède rarement à la cystite aiguë. Un  *sentiment de gêne*  dans la région hypogastrique, des  *besoins fréquents d'uriner* , une  *légère douleur*  au moment des dernières contractions de la vessie, l' *urine rendue fréquemment et en petite quantité* , surtout après les repas : tels sont les symptômes de la forme chronique de la cystite, qui se rapprochent des symptômes les plus bénins de la cystite aiguë. Mais ce qui distingue la forme chronique, ce sont les caractères que présente l' *urine* . Immédiatement après son émission, sa couleur n'offre rien de particulier; mais on y voit flotter un  *nuage de mucus*  plus ou moins épais, formant par le repos un  *dépôt*  parfois très-abondant, ordinairement opalin ou d'un blanc grisâtre, qui occupe le fond du vase et qui découle à la fin en filant, lorsqu'on transvase le liquide urinaire. Ce mucus est rendu ordinairement à la fin de la miction; il sort souvent de l'urètre sous forme d'une  *masse filante* , et quelquefois, obstruant d'abord le canal, il en est chassé en  *bloc* , laissant ensuite largement écouler l'urine. Abandonné à lui-même, le liquide urinaire acquiert rapidement l' *odeur ammoniacale*  par suite de la fer-

mentation putride qui peut aussi, en faisant dégager des gaz dans le rendre ce dernier plus léger et le faire surnager en partie. — Il n'existe pas généralement de symptômes généraux.

2° La légère douleur signalée au niveau de la région vésicale, les troubles fonctionnels et la nature muqueuse de l'urine, que j'ai indiqués, peuvent servir au diagnostic. Néanmoins ces données se complètent par la recherche des causes de la cystite chronique, qui sont le *sex masculin*, un *âge avancé*, des *professions sédentaires*, les *rétrécissements de l'urètre* et les *gonflements de la prostate* qui gênent l'émission de l'urine, l'*abus des diurétiques*, l'action des *corps étrangers* sur la vessie (sonde, calculs, etc.), la *pathologie de la vessie*, l'extension à cet organe d'une *inflammation chronique* de l'urètre, sans parler d'autres causes, dont l'action n'est pas assez bien déterminée pour servir au diagnostic.

On ne pourrait confondre la cystite chronique qu'avec certaines *pyélites* le dépôt purulent que présente l'urine dans ce dernier cas, et la petite quantité de mucus qu'elle peut par hasard contenir, suffisent pour faire éviter l'erreur.

Comme complications de la cystite chronique, on peut rencontrer un *risque général*, l'*hypochondrie*, l'*affaiblissement des membres inférieurs* et ces *accès insidieux de fièvre*, parfois de nature pernicieuse, qu'il n'est très-rare de voir apparaître dans le cours des affections chroniques des voies urinaires.

3° Le pronostic de la cystite chronique n'est jamais grave. Cependant la marche, très-lente dans sa marche, peut se prolonger bien des années, et par intervalles des exacerbations. Sa résistance aux traitements mis en œuvre jette les malades dans le découragement. Toute la gravité du pronostic est relative aux affections concomitantes, lorsqu'il en existe.

**CYSTORRHAGIE.** — Les éléments diagnostiques de cette hématurie sont peu nombreux, si l'on excepte ceux des maladies qui sont la cause de la perte de sang. D'abord c'est un sentiment de gêne, de chaleur vers l'hypogastre, ce sont les envies fréquentes d'uriner à la seule présence du sang dans la vessie, l'expulsion d'urines mélangées de sang, de la *dysurie*, surtout à la fin de la miction, et parfois une *hématurie complète* due à l'obstruction de l'orifice vésical de l'urètre par des caillots, ce que l'introduction d'une sonde fait facilement reconnaître.

La cystorrhagie est habituellement due à la *cystite aiguë*, à des *ulcères* ou au *cancer* de la vessie. C'est donc en constatant l'existence de ces lésions, dont il a été question ailleurs, que l'on pourra leur rapporter la cystorrhagie de la vessie. Mais il est impossible de décider, dans presque tous les cas, de quelle partie des voies urinaires vient le sang, comme je l'ai fait dans l'article HÉMORRHAGIES (par l'urètre). On devra néanmoins, dans les cas douteux, soupçonner toujours que le sang qui occupe l'intérieur de la vessie vient des reins. L'hémorrhagie est, en effet, incomparablement plus fréquente dans cet organe que dans toutes les autres parties des voies urinaires, et l'expérience paraît avoir démontré que telle est la source organique de l'hématurie endémique de l'île de France.

Il en est probablement de même des autres hématuries par simple exclusion dues à une *affection générale* ou à l'une de ces causes inconnues qui admettent des hémorrhagies essentielles.

Les formes que peut présenter la cystorrhagie ne varient que suivant la quantité de sang expulsé hors de la vessie, c'est-à-dire suivant les cas de l'urine sanguinolente.

pronostic, comme pour toutes les hémorrhagies, est subordonné à la  
 é de sang perdu, et surtout à la gravité plus ou moins grande de la  
 dont la perte de sang n'est qu'un symptôme (*Voy.* HÉMORRHAGIES [par  
 ] et NÉPHRORRHAGIE).

**STYLIUS ACULEATUS.** — *Voy.* ENTOMOZOAIRES.

**ISE DE SAINT-GUY. — Voy. CHORÉE.**

**TRE, DARTRES.** — J'ai rappelé, à propos de l'arthritisme, que la dartre de Bazin une maladie constitutionnelle à placer, par ses manifestations cutanées, de la syphilis, de la scrofule et de l'arthritisme. A. Hardy (*Nouv. Dict. de médecine*, art. DARTRES, 1869) admet aussi que les dartres sont liées à un état constitutionnel particulier, mais il n'y fait entrer comme manifestations cutanées l'eczéma, le lichen, le pityriasis et le psoriasis non syphilitique, tandis qu'il croit que ces manifestations peuvent avoir une tout autre nature. En tenant la manière de voir de Hardy, on a une détermination symptomatique des dartres beaucoup plus nette, parce qu'elle se base, pour le diagnostic, sur des manifestations cutanées précises, auxquelles on a donné le nom de *perpétides* (*Voy. ARTHRITIDES, ECZÉMA, LICHEN, PSORIASIS, PITYRIASIS*).

**OLORATIONS. — Voy. MACULES.**

**UBITUS.** — *Voy.* ATTITUDE.

**'AILLANCE.** — *Voy.* SYNCOPÉ.

**ÉCATION.** — La défécation peut être douloureuse, facile, difficile possible, volontaire ou involontaire, et l'on tire de ces différents signes des actions pratiques utiles au diagnostic. La défécation est douloureuse lorsqu'il existe une affection locale au niveau de l'anus, *hémorroïdes* internes, *fissures*, etc., lorsqu'il y a des selles dysentériques, des épreintes, que les matières fécales liquides et irritantes produisent des cuissons moins vives à l'anus. Quant à la défécation difficile ou involontaire, nous qu'à renvoyer aux mots CONSTIPATION et PARALYSIES locales.

**LORATION.** — *Voy.* HYMEN.

**FORMATION.** — *Voy.* CONFORMATION.

**DÉGÉNÉRESCENCE LARDACÉE.** — Décrite par la plupart des histologistes modernes sous les dénominations de dégénérescences *cireuse*, ou *lipomateuse*, cette lésion anatomique a été qualifiée, comme nous l'avons vu, d'*écailleuse*, et, plus récemment, de *lardacée* par Wagner. Le tissu affecté est, en effet, pâle, demi-transparent à la coupe, ce qui réveille le souvenir de la lésion décrite par Virchow, d'une infiltration anormale par les graisses, au lieu des éléments normaux de l'économie qui s'y accumulent.

Le point de départ paraît être d'abord dans les artérioles qui s'épaississent et se rétrécissent, les corpuscules s'infiltrant dans le parenchyme et y forment quelquefois des masses notables, comme dans le diabète, où ils constituent certaines concrétions. Le traitement par l'iode et l'acide sulfurique produit une réaction caractéristique sur le tissu lardacé. Wagner, dans ses recherches, ne reconnaissant la réalité de cette réaction, s'appuyant sur deux analyses élémentaires, faites, l'une par Kékulé, et l'autre par Schmidt, qui démontrent pour lui que cette dégénérescence dépend d'une substance analogue aux substances albumineuses, et particulièrement riche en

Si, en effet, il en soit ainsi, cette lésion, qui s'observe plus fréquemment dans la rate, le foie, les reins, et parfois dans d'autres organes, le poulmon par exemple,



Fig. 26. — Corps amy-  
lacs de grosseurs dif-  
férentes. Quelques-uns sont  
brisés. Grosissement 350  
diamètres (Virchow, *Pa-  
tholog. cellulaire*).



n'a pas de signes ni d'évolution appréciable bien connus pendant la vie. Le taux rate augmentent de volume sans modification de forme ; mais c'est là un caractère complètement insuffisant. On ne pourrait que soupçonner la lésion, si, comme l'a avancé Wagner d'après quarante-huit autopsies, cette dégénérescence lardacée se rencontrait presque toujours dans le cours d'affections accompagnées d'une suppuration prolongée des os ou des parties molles (ostéites, phlegmon pulmonaire, etc.), le plus souvent avec évacuation de pus au dehors (*Archiv der Heilkunde*, 1861). Malgré ce travail, celui non moins important de Dickinson (*Lancet*, 1866) et les relevés de Wilks et Grainger-Stewart, démontrent aussi que la suppuration prolongée et un état cachectique sont les conditions habituelles de la dégénérescence lardacée ou amyloïde, et sur un sujet dont le côté clinique n'est pas encore connu suffisamment pour que j'y insiste.

**DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE.** — Voy. TRANSFORMATION GRAISSEUSE.

**DÉGLUTITION.** — Elle peut être difficile ou douloureuse dans le cours d'un certain nombre de maladies, ce qui constitue alors la **DYSPHAGIE**. Soit répétée sans être ni difficile ni douloureuse, la déglutition peut faire soupçonner la pénétration graduelle du sang d'une épistaxis dans le pharynx, et de là dans l'estomac, lorsque le malade est couché sur le dos et atteint d'une maladie qui s'accompagne habituellement d'hémorrhagies nasales, comme dans la syphilis typhoïde. L'examen du pharynx tapissé de sang lève alors tous les doutes. La déglutition des liquides se faisant brusquement et avec bruit jusqu'à l'épigastre indique qu'il y a paralysie de l'œsophage.

**DÉJECTIONS.** — Voy. FÉCALES (Déjections).

**DÉLIRE.** — 1° *Caractères.* — Le délire est un symptôme de forme variable qui constitue assez fréquemment l'élément principal du diagnostic, qui, d'autre fois, est seulement accessoire, mais n'en constitue pas moins une donnée pratique importante. Envisagé d'une manière générale, le délire est très-difficile à bien définir, car on n'en donne pas une idée suffisante en disant simplement que c'est une perversion de l'entendement ou de l'intelligence. Les nuances sont presque infinies. Tantôt, en effet, il ne consiste que dans l'incohérence des idées exprimées par le langage ou qui provoquent dans l'expression de la physionomie, dans l'attitude, dans les actes, des singularités ou des anomalies de l'exercice intellectuel dans l'état de veille ; tantôt ce n'est qu'une idée fautive ou absurde, à laquelle le raisonnement d'autrui ne saurait renoncer, et qui résulte, soit d'une conception spontanée, soit d'une hallucination, soit d'une sensation réelle, mais mal interprétée (illusion) ; tantôt le délire ne consiste que dans une exaltation générale de l'exercice intellectuel, exaltation plus ou moins énergique et parfois furieuse, comme le serait la colère continue.

Ces divers éléments du délire peuvent se manifester isolément ou se combiner entre eux pour constituer ses différentes formes : le *délire furieux*, dans lequel le malade s'agite, vocifère, injurie les personnes qui l'entourent, jette hors de son lit, et court quelquefois se précipiter par la fenêtre s'il n'est pas contenu, ou malgré les moyens de contention à l'aide desquels on cherche de le retenir ; le *délire tranquille*, au contraire, dans lequel il peut rester assis aussi de l'incohérence dans les idées, des conceptions délirantes, des hallucinations, mais sans agitation extérieure ; le *délire gai* ; le *délire triste*.

Il ne faut pas oublier que ces diverses expressions du délire n'ont le plus souvent par elles-mêmes aucune valeur sémiologique particulière, et que

sont assez vagues, le cadre des délires idiopathiques étant plus ou plus ou restreint, suivant l'état de la science.

Et que l'on a voulu considérer le délire comme le centre d'un certain phénomène secondaires placés sous sa dépendance, et qui ne sont que des maladies concomitantes pouvant être elles-mêmes le point de départ. La sécheresse de la muqueuse buccale ou l'aphonie qui résulte de l'agitation incessante due au délire; la courbature ou les accidents cutanés, tels qu'excoriations, plaies contuses, etc., qui suivent l'agitation sont des conséquences secondaires et indirectes du délire qui méritent d'être mentionnées.

*Significations pathologiques et signification.* — Ce que je viens de dire sur l'action du délire en symptomatique et idiopathique soulève immédiatement la question de savoir comment on peut distinguer ces deux variétés. Le délire symptomatique peut se présenter entouré de circonstances ou de symptômes dont il faut principalement tenir compte pour diagnostiquer son origine. Ces éléments du diagnostic doivent être recherchés dans les lésions du cerveau, des méninges cérébrales, dans les lésions des nerfs, dans les lésions des autres organes, et enfin dans le sang.

La *congestion cérébrale*, et celle des *méninges* en particulier, produisent le délire comme symptôme dominant, et c'est sur cette particularité que l'on a fondé la forme délirante de la congestion du cerveau. Cette forme n'est autre chose qu'un délire de cette espèce, et il est probable que la plupart de ceux qui éclatent au début ou dans le cours d'une fièvre ne reconnaissent pas d'autre cause. On a signalé le délire à la stupeur et sans paralysie, au début de l'hémorrhagie méningeale progressive des vieillards. Dans ces différents cas, il est ordinairement

l'engorgement du cerveau est également une cause de délire, qui a les

Dans les maladies localisées dans d'autres organes que l'appareil nerveux, qui s'accompagnent d'un délire résultant d'une action réflexe, les phénomènes délirants sont un accident qui peut dépendre d'une douleur très-vive; or le délire n'a pas de cause immédiate parfaitement déterminée, mais il pourrait être considéré, dans un certain nombre de maladies aiguës fébriles, comme l'effet d'une congestion cérébrale.

C'est surtout pour les maladies générales aiguës, comme les *fièvres éruptives*, la *fièvre typhoïde* de nos contrées et les autres *pyrexies* du cadre nosologique, *typhus*, *fièvre jaune*, *fièvre puerpérale*, etc., que cette explication prise du délire par la congestion cérébrale pourrait être admise (*Voy. CONGESTION*). Je dis explication principale, car la congestion ne peut pas suffire dans beaucoup de circonstances pour motiver le délire, dans certains *rhumatismes articulaires aigus*, par exemple. Un simple délire tranquille, même lorsque le malade en a conscience, est, dans ce dernier cas, une complication souvent très-rare (*Voy. RHUMATISME*). Quoi qu'il en soit, c'est dans les affections générales aiguës lorsqu'elles sont graves, que l'on voit le plus souvent éclater le délire symptomatique; et, dans ces différents cas, il peut être tellement prédominant que, si l'on n'examine pas attentivement le malade, on peut facilement croire à une lésion des centres nerveux. C'est ce qui avait trompé les anciens lorsqu'ils avaient attribué le délire à la *fièvre cérébrale*.

En supposant qu'un délire observé comme signe prédominant ne puisse s'expliquer par l'existence des affections précédentes, il faudra se demander s'il n'y a pas une altération particulière du sang. Sans doute, cette manière de classer les maladies est tout artificielle, et je ne prétends pas dire qu'il n'y a pas altération du sang dans les maladies dont il a été question précédemment, comme dans les *pyrexies* et même dans les *phlegmasies*; mais dans les affections que je range en dernier lieu comme origines d'un délire symptomatique, l'altération du sang est rendue évidente par des particularités manifestes, telles que la diminution d'un ou de plusieurs de ses principes, l'absorption d'un poison rapide (empoisonnement) ou lent (intoxication). — Le délire peut, en effet, être la conséquence d'une diminution rapide et considérable de la proportion des globules du sang, comme on le remarque dans certaines *anémies*. — Il se rencontre dans les empoisonnements par les narcotiques, les solanées vireuses et dans certaines *douleurs* est excessive; dans les *maladies virulentes* aiguës, et entre autres dans la morve, où le délire alterne avec le coma. — Enfin, le délire est un des symptômes les plus importants de certaines *intoxications*, puisqu'il constitue un mode particulier de manifestation de ces altérations du sang. Il est le plus souvent le signe séméiologique principal de l'*alcoolisme chronique*; l'*intoxication saturnine*, l'*ergotisme*, ont leur forme délirante, c'est-à-dire que le délire peut être leur manifestation principale aux yeux de l'observateur. Il en est de même de l'*intoxication paludéenne*, dans laquelle la fièvre pernicieuse délirante est si importante à ne pas méconnaître.

Si, dans la recherche que je viens d'exposer, on en arrive à rejeter l'existence de ces conditions du délire, il faut se poser la question d'un délire idiopathique, c'est-à-dire d'une aliénation mentale.

On se gardera toujours de se hâter d'admettre l'existence de la folie, soit dit pour les délires aigus; car, pour ceux qui ont une *marche chronique*, il n'y a aucun doute sur l'existence de l'aliénation mentale, lorsque l'on constate l'*apyrésie*, l'absence de toute affection pouvant produire le délire comme symptôme, et lorsque la *forme* même des troubles intellectuels met par elle-même sur la voie du diagnostic, comme dans la *lypémanie*, certaines *hallucinations*.

(*Voy. FOLIE*). On peut aussi s'appuyer sur des données analogues pour le délire aigu symptomatique du délire aigu de la folie ; mais peler que la fièvre peut accompagner ce dernier, et que ce n'est pas la longue durée des troubles délirants qui peut alors éclairer sur la nature. Le délire des hystériques est une véritable folie momentanée que le délire fixe observé quelquefois dans la convalescence de typhoïde, et quelquefois dans le rhumatisme articulaire, où il est différent de celui que j'ai rappelé plus haut à propos de cette même question, *Arch. de méd.*, 1856, t. VII).

La signification du délire est une question ardue dans un grand nombre de cas, et de vue du diagnostic proprement dit, sa signification pronostique est parfois difficile à établir. Cette difficulté provient assez souvent de la même de la condition organique qui produit le délire. La gravité du pronostic, en effet, résultent uniquement de la condition qui suscite le délire, soit que cette condition constitue la maladie ou qu'elle résulte d'une complication accidentelle. Par lui-même, le délire ne présente pas de danger qu'en raison des accidents que peut provoquer l'agitation ; ce qui le prouve, c'est qu'il n'est pas rare de voir des aliénés dans l'état de délire pendant des mois et des années, sans que leur santé en soit atteinte, et même, dans certains cas de folie incurable, l'agitation sensible des fonctions de nutrition.

**UM TREMENS.** — *Voy. ALCOOLISME* (p. 37).

**GEAISONS.** — *Voy. PRURIT*.

**CE.** — *Voy. FOLIE*.

**DENTITION.** — Les dents sont le siège de signes ou de lésions auxquelles on ne doit pas perdre de vue, comme les *grincements de dents*, qui surviennent quelquefois pendant le sommeil en santé, mais qui peuvent aussi être précédés de véritables *convulsions* (trismus), les *douleurs névralgiques* parfois dans la tête est le siège, et qui cessent après l'avulsion d'une dent. Les dents participent aussi à la manifestation d'autres maladies. Elles peuvent être sèches, fuligineuses (*état typhoïde*), recouvertes d'une sorte de *stomatite mercurielle*, devenir mobiles dans leurs alvéoles et, comme on l'observe dans cette dernière affection, dans le *scorbut*, la *glaire* de la bouche, la *glycosurie*, l'*ostéomalacie*. D'une manière générale, on peut admettre que des dents saines, fermes, d'un blanc opaque, sont l'indice d'une bonne constitution, et au contraire que des dents envahies par la carie, d'un blanc bleuâtre et comme opalin, sont l'indice d'une constitution débile. Ces derniers signes sont assez communs chez les enfants et les rachitiques.

Un des points les plus importants que soulève l'étude des dents est la dentition.

La dentition, dont j'ai seulement à m'occuper, apparaît à un âge déterminé ; on peut, en résumant toutes les observations prises à ce sujet, dire qu'elle commence vers six et neuf mois, et pour préciser encore davantage, à l'âge de six mois, l'époque à laquelle la première dent fait le plus généralement son apparition (Trousseau, *Clin. méd.*, 62<sup>e</sup> leçon). Les dents, suivant Trousseau, se développent par groupes à des temps et dans un ordre assez bien déterminés. On peut les diviser en cinq groupes successifs, qui comprennent : 1<sup>o</sup> les deux incisives inférieures ; 2<sup>o</sup> les incisives supérieures (les médianes d'abord) ; 3<sup>o</sup> les canines latérales inférieures, et les quatre premières molaires ; 4<sup>o</sup> les canines supérieures ; 5<sup>o</sup> les quatre secondes molaires. Ces vingt dents ont une évolu-

tion totale de deux ans à deux ans et demi, des intervalles de repos entre chaque groupe.

Ces particularités sont importantes à connaître pour l'étude des acc la première dentition. Il est essentiel aussi de savoir que le rachitisme arrête manifestement l'évolution dentaire, et que la tuberculisation Trouseau, auquel j'emprunte ces détails, a des effets opposés. Qu soit, une première remarque à faire à propos des accidents de la c'est qu'ils sont d'autant plus à craindre qu'on approche de l'évolution trième groupe, c'est-à-dire de l'évolution des canines. Cela tient à la de leurs racines et à l'évolution préalable des incisives et des molaires, entre lesquelles elles doivent se placer, dans des intervalles trop étroits par suite du développement incomplet des mâchoires. — dents locaux de la première dentition se rapportent l'augmentation de tion salivaire, la rougeur consécutive des joues, le prurit des gencives, le mâchonnement, rarement une hémorrhagie légère (Billard), la stomatite, quelquefois des aphthes. La fluxion inflammatoire des gencives s'accompagne d'un gonflement, constaté surtout au niveau des incisives supérieures qui est attribué fréquemment à tort, selon Trouseau, à la sortie de la dent. La fièvre, les éruptions diverses d'érythème ou de strophilomatisme, les réveils en sursaut, les frayeurs, les convulsions, les vomissements, la diarrhée, parfois la toux, sont les symptômes réflexes qui ont été observés. Les maladies qui surviennent à l'époque de la dentition n'acquièrent tous les cas, une plus grande gravité par le fait d'une évolution dentaire incomplète ou difficile, et une maladie aiguë antérieure n'apporte souvent qu'un obstacle à cette évolution.

Avec de l'attention, il sera facile de ne pas confondre les convulsions tant d'une dentition difficile avec celles d'une MÉNINGITE.

**DÉPÉRISSEMENT.** — Voy. AMAIGRISSEMENT.

**DÉPLACEMENT.** — J'ai signalé à propos de chaque organe les déplacements qu'il peut subir par le fait des maladies (Voy. aussi DÉVIATIONS et DILATATIONS).

**DERMALGIE.** — Une douleur plus ou moins vive de la peau et des tissus cutanés présentent une altération matérielle, constituant la dermalgie. Le docteur Jolly, sous le nom de *névralgies cutanées* (*Dict. de médecine*, 1834), a particulièrement insisté sur ces douleurs superficielles. Un travail de Beau, paru en 1841 dans les *Archives*, est le plus important ait été publié sur ce sujet. Cependant beaucoup de points restent à élucider dans l'étude de la dermalgie, dont les rapports avec les névralgies et les douleurs dites n'ont pas été suffisamment recherchés, ainsi que Valleix a cherché à le montrer.

1° *Caractères.* — La dermalgie peut siéger dans tous les points de la tête, du tronc ou des membres, suivant Beau ; rarement générale, elle est limitée le plus ordinairement à une étendue qui varie de dix centimètres carrés. La douleur, qui en constitue le symptôme est spontanée ou provoquée. La douleur spontanée est elle-même fixe ou intermittente, comme dans les névralgies des troncs nerveux, et, sauf la des élancements, qui ne suivent pas le trajet connu des branches nerveuses, elle a les caractères de la douleur fixe ou continue et de la douleur intermittente. La plus grande analogie de part et d'autre. On peut s'en convaincre en comparant la description que nous avons donnée ailleurs des douleurs de la dermalgie, de celle des douleurs de la dermalgie telle que Beau l'a tracée. L.



requête offre ceci de remarquable dans la dermalgie que le plus léger contact, celui des vêtements, des doigts, même celui de la barbe d'une plume, est supportable au malade, même si l'épiderme est très-épais, comme au talon, par exemple; et si la partie est recouverte de poils ou de cheveux, il suffit de passer la main sur eux à distance de la peau, pour que celle-ci subisse une pression douloureuse; souvent la douleur est au contraire diminuée par une pression (Beau). Dans certains cas rares, il se joint à la douleur un mouvement fébrile manifeste; mais le plus souvent la dermalgie est apyrétique, elle dure un jour à deux semaines, disparaît graduellement, et peut quelquefois se reproduire de proche en proche comme l'érysipèle ambulant; enfin les récurrences sont fréquentes.

*Conditions pathologiques et signification.* — L'important, une fois la dermalgie reconnue, est de remonter à sa cause et d'établir si elle est idiopatique ou symptomatique; mais avant tout il faut savoir si la dermalgie idiopatique existe réellement, et si elle n'est pas un simple signe d'une névralgie des nerfs qui se distribuent à la région où siège la dermalgie. Pour cela, il faut rechercher s'il existe des points douloureux caractéristiques (Voy. NÉVRALGIES).

Les maladies qui donnent lieu à la dermalgie symptomatique sont, d'après l'expérience, l'intoxication saturnine, la myélite, qui fait apparaître les douleurs sur les membres inférieurs; l'hystérie, la syphilis et le rhumatisme (HYPERESTHÉSIE).

**SQUAMATION.** — Voy. SQUAMES.

**DÉVIATIONS.** — Les seules déviations d'organe qui nécessitent un exposé particulier sont les déviations utérines et vertébrales; les autres ont été rappelés à propos des organes qui en peuvent être le siège.

**déviations utérines.**

Il n'y a pas à faire ici une histoire complète des déviations utérines, affections qui ont donné lieu, dans les dernières années surtout, à une foule de travaux et de discussions contradictoires. Sous le rapport du diagnostic, la question se présente en apparence bien simplifiée, puisqu'il s'agit de distinguer un fait physique du déplacement survenu dans la position normale de l'utérus, et d'en déterminer les conséquences pathologiques; cependant elle est loin d'être aussi simple qu'elle le paraît au premier abord. Suivant certains observateurs, toutes les déviations sont *indifférentes*, c'est-à-dire ne sont pour rien dans les troubles morbides observés; suivant d'autres, au contraire, elles sont toutes pathologiques. Il est certain, c'est que l'on a vu fréquemment le redressement de l'utérus être immédiatement suivi de la disparition des accidents symptomatiques. M. Baudin (de Vienne), par exemple, a rapporté un exemple de vomissements incoercibles dans lequel il lui suffit de redresser l'utérus qui était en flexion, pour faire cesser immédiatement et d'une manière définitive ces vomissements, jusque-là rebelles (*Wochensblatt der Zeitsch.*, 1864). Or, un tel effet aurait-il eu lieu si les déviations avaient été sans influence? Non, certainement. On est donc forcé d'adopter, au moins dans une certaine mesure, l'opinion que les déviations utérines sont réellement des maladies. Dans un assez grand nombre de cas, il est vrai qu'elles existent sans provoquer de troubles morbides; mais il en est de même d'une foule de lésions locales constituant des anomalies incontestables.

Avant d'aller plus loin, il faut s'entendre sur le mot déviation et sur la position habituelle de l'utérus dans l'état physiologique.

Comme l'a remarqué Cruveilhier, l'utérus n'a pas de position fixe normale chez la femme qui

a eu des enfants. Après lui, plusieurs auteurs ont mis hors de doute l'existence de déviations congénitales ou physiologiques, dont je parlerai plus loin, tout en reconnaissant la stabilité relative de l'utérus dans l'état normal. Aran, qui a publié les résultats de ses recherches sur la statique de l'utérus, attribue cette diversité d'opinions à ce que les observations qui les ont motivées n'ont pas été faites dans les mêmes circonstances. Pour lui, l'utérus a un *axe de suspension*, ce qu'on a décrit jusqu'ici sous le nom d'*axe de l'organe* n'étant autre chose que son *axe d'inclinaison* sur son axe de suspension proprement dit. Ce dernier, qui correspond chez la femme pubère à la réunion du col et du corps de l'utérus, est constitué par une sorte d'anneau complet comprenant en avant les adhérences du bas-fond vésical à l'utérus (sur lesquelles Virchow a insisté avec raison), en arrière le ligament postérieur, latéralement les fibres latérales de ce dernier, et enfin concurremment l'insertion du vagin sur le col. C'est autour de ce point, comme autour d'un axe, que se font les mouvements du fond de l'utérus en avant, en arrière et sur les côtés, et, bien que mobile lui-même, cet axe est en réalité le point sur lequel repose l'organe. Je n'insiste pas sur l'importance de ce fait, qu'Aran dit avoir établi d'après de nombreuses recherches.

Il résulte de ce qui précède que l'utérus doit être considéré comme naturellement incliné en avant suivant l'axe du détroit supérieur, et que cette situation est le point de départ fictif des déviations que l'organe subit, que son corps s'incline ou se fléchisse en avant, en arrière, ou sur l'un des côtés. D'où l'*antéversion* et l'*antéflexion*, la *rétroversion* et la *rétroflexion*, la *latéroversion* et la *latéroflexion*.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Valleix attribuait aux déviations utérines, qu'il a si bien étudiées : une *douleur spontanée*, toujours très-incommode, au niveau de l'utérus, s'exaspérant souvent, quelquefois devenant très-violente, se montrant fréquemment en avant dans les déviations antérieures, et en arrière dans les déviations postérieures ; augmentant toujours considérablement par la *marche*, la *station verticale*, très-souvent par le *toucher vaginal* et par la *pression hypogastrique* lorsque l'utérus est volumineux et en antéversion ; la *miction fréquente* et parfois douloureuse ; la *défection rare*, pénible, difficile ; le *trouble habituel des menstrues* ; les *métrorrhagies* fréquentes, très-rarement la *suppression des règles* ; mais, en revanche, *leucorrhée constante*, des *névralgies abdominales* et *intercostales*, des *troubles digestifs* variés et persistants (perte d'appétit, douleurs épigastriques) ; un *hystéricisme* des plus prononcés ; dans les cas où l'intensité des symptômes était le plus manifeste, du *dépérissement*, de l'*anémie* et une faiblesse empêchant les malades de vaquer à leurs occupations.

L'exploration directe des organes par le *toucher vaginal*, l'introduction de la sonde utérine dans la cavité de la matrice, et l'application du *spéculum*, sont nécessaires au diagnostic. Quant au *toucher rectal*, il ne fournit pas ici de signes assez tranchés pour être habituellement

Le *toucher vaginal*

femme étant debout

On sent alors

ailleurs (1)

se trouve

const

prés

co

avec lenteur et ménagement

mieux le degré de la

parties de l'utérus

il y a des saillies là

saillies de l'état

en volume, sa cons

l'organe est mobile,

lorsqu'on veut l

est lourd, et si, étant soulevé, l'autre main peut le sentir en pressant la région hypogastrique, ce qui démontre que l'organe est volumineux. — Le cathétérisme utérin, au moyen de la sonde utérine, est le mode d'exploration le plus important avec le toucher, puisqu'il fait arriver à un diagnostic précis, presque mathématique. La pénétration de la sonde dans la cavité utérine, selon des directions différentes, indique en effet parfaitement le sens de la déviation du corps de l'utérus, comme on le verra plus loin. — Enfin l'emploi du spéculum fournit de son côté des signes très-utiles au diagnostic. Le spéculum qui est plein, ou à développement, est préférable au spéculum bivalve, rejetait Valleix. On ne doit pas, comme le recommandait cet excellent auteur, chercher à atteindre directement le col de l'utérus, mais faire pénétrer directement l'instrument, après avoir retiré l'embout, de manière à voir les parois de la muqueuse vaginale se diviser au centre même du champ du spéculum. On arrive ainsi jusqu'à la lèvre antérieure de l'utérus, qui se montre d'abord si le col n'est pas dévié, attendu que, dans l'état sain, il forme avec le vagin un angle obtus ouvert en avant. Quand on ne trouve pas le col dans cette position, on s'assure qu'il existe une déviation, qui varie suivant qu'il faut aller chercher le col fort en avant ou fort en arrière. Je me hâte de faire remarquer que le col peut paraître à sa place normale et cependant une déviation ou plutôt une torsion de l'utérus exister ; en pareil cas, le toucher et le cathétérisme seuls peuvent la découvrir.

*Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic des déviations utérines n'est pas autre que celui que par l'exploration directe de l'utérus par le toucher, le spéculum et le cathétérisme utérin. Jusque-là, on peut dire qu'il n'y a pas un seul symptôme qui puisse être mal interprété et considéré comme appartenant à une autre déviation ; il suffit, en effet, de rappeler les douleurs variables, les symptômes résultant de la pression de l'utérus déplacé, les troubles menstruels, digestifs, généraux, l'anémie, le dépérissement, pour faire comprendre qu'ils peuvent être de nombreuses sources d'erreur de diagnostic, jusqu'à ce que l'exploration directe de l'utérus ait eu lieu. Il faudra donc provoquer cette exploration dès qu'on pourra soupçonner l'existence de la déviation. Les signes physiques fournis par le toucher, le spéculum ou le cathétérisme utérin, varient suivant l'espèce de déviation existante, ainsi que je vais le dire.

— *Antéversion.* — Le spéculum, introduit directement, montre la face antérieure du col, qui ne peut être saisi que très-difficilement en portant l'embout de l'instrument en arrière et en lui faisant décrire une courbe en avant. Le toucher vaginal fait sentir le col fortement porté en avant vers l'angle sacro-vertébral, le corps formant une rénitence insolite au toucher de la paroi antérieure du vagin.

La sonde utérine, le bec en avant et poussée doucement, pénètre par l'orifice du col dans l'utérus, tandis que l'on abaisse le manche vers le périnée.

La fréquence de la miction, qui s'explique par la pression du corps de l'utérus sur la vessie, est plus grande que dans toute autre déviation, sans être particulièrement aux déviations antérieures. De plus, la douleur a lieu plus fréquemment dans les deux aines en s'irradiant vers les cuisses.

Les erreurs de diagnostic sont rares dans l'antéversion. On ne commettrait aujourd'hui l'erreur de Levret, taillant une femme chez laquelle il prit la place du corps de l'utérus proéminent vers la vessie, en refoulant les parois vaginales pour une pierre enchâtonnée. L'emploi de la sonde utérine simplifie immédiatement ces questions de diagnostic.

b. — *Antéflexion*. — Le spéculum ne peut faire reconnaître cette déviation le col se présentant dans le champ de l'instrument directement introduit dans le vagin. — Mais le toucher, tout en constatant que le col est dirigé en avant, trouve le corps entièrement replié sur le col, ou formant avec lui un angle plus ou moins ouvert, ce qui est le plus ordinaire ; enfin il peut n'y avoir qu'une courbe générale à concavité antérieure (*flexion en arc*, de Sommer ; *antécurvature*, d'Aran), et dans des cas exceptionnels, on peut rencontrer une ou plusieurs flexuosités (Valleix). — Le cathétérisme utérin sert à reconnaître la profondeur de la flexion, et redresse l'utérus comme dans l'antéversion, si l'on porte le manche plus fortement en arrière et en poussant avec précaution ; mais si la flexion est prononcée, il est nécessaire de porter le bec du cathéter en arrière et en bas, parvenu à l'obstacle dû à la flexion, de retourner la sonde en place et de ramener en avant son bec qui pénètre alors avec facilité. Une particularité anatomique bien importante à ne pas oublier, quand on pratique le cathétérisme en pareils cas, et qui a été observée par Depaul, Valleix et Virchow, c'est l'amincissement membraneux en quelque sorte de la paroi utérine antérieure au niveau de la flexion, amincissement qui oblige à procéder au cathétérisme avec beaucoup de ménagements.

Comme symptômes fonctionnels, on trouve ici la fréquence de la miction, rare que dans l'antéversion, parfois une *rétenction du mucus* dans la cavité utérine et même une véritable hydrométrie (Kiwisch). Je dois ajouter que l'antéflexion peut souvent exister sans symptômes, Boullard (*Thèse de doctorat*, 1853) ayant constaté, dans un bon nombre de cas, qu'elle n'est autre que la persistance ou l'exagération de la forme naturelle de l'utérus chez le fœtus.

La proéminence du corps infléchi de l'utérus pourrait être prise pour une tumeur quelconque développée en avant de l'utérus, de même qu'il peut arriver qu'une tumeur réelle due à un cancer de la vessie, à l'ovaire développé, etc., soit prise pour une antéflexion. Le cathétérisme utérin peut seul dissiper tous les doutes, en faisant pénétrer facilement et directement la sonde jusqu'au fond de l'utérus, s'il n'y a pas d'antéflexion.

c. — *Rétroversion*. — A l'aide du spéculum, on constate que le col se présente surtout par sa face postérieure, et que, pour le saisir, il faut diriger fortement l'extrémité de l'instrument en haut et en avant. — Par le toucher vaginal, l'utérus est senti abaissé, avec l'orifice du col porté en avant contre la paroi du vagin et le bas-fond de la vessie. Plus haut, en avant, on trouve comme un grand vide, où n'existe que la résistance molle de la masse intestinale, tandis qu'inférieurement et en arrière, on peut parcourir presque toute l'étendue de l'utérus, dont on suit le corps dans la concavité du sacrum ; l'utérus est presque toujours augmenté de volume. — La sonde utérine ne pénètre dans le col que si la concavité de l'instrument ou le bec est dirigé en arrière, et l'on ne franchit ensuite l'orifice interne qu'en soulevant fortement le manche de l'instrument en haut et en poussant doucement en arrière jusqu'à ce que l'on soit arrivé au fond de l'utérus. Ordinairement en tournant ensuite en avant la concavité de la sonde et en abaissant son manche vers le périnée, on redresse l'utérus, à moins qu'on n'éprouve une résistance assez forte qui indique l'existence d'adhérences péritonéales qui entretiennent la déviation, et qu'il faut toujours, quand on en soupçonne l'existence, éviter avec soin de tirer.

Dans cette variété de déplacement utérin, la douleur locale occupe constamment les lombes, parfois la *région sacrée* ; la constipation est constante, elle alterne chez certaines malades avec du dévoiement et le rejet de mucosités.

enfin il y a aussi des douleurs expulsives au niveau du rectum, t.

**Rétroflexion.** — Quoique Simpson, se fondant sur la similitude des de la rétroversion et de la rétroflexion, n'ait pas traité séparément riétés de déplacements utérins, il est essentiel de faire connaître nées diagnostiques. Il y a, en effet, dans les rétroflexions une chose à considérer : la *position relative du col et du corps de l'utérus*. jours au toucher, en arrière du col, la saillie globuleuse qu'y forme olfléchi, et parfois, entre les deux, l'angle d'inflexion; mais le col même temps soit dans sa *position normale*, soit dirigé *en avant et* nme dans la simple rétroversion, soit dirigé en arrière comme dans i. Dans ce dernier cas, il est quelquefois difficile d'atteindre la rps de l'utérus qui se trouve comme masqué par le col, entière- sur lui, et l'on peut croire à une antéversion si l'on ne constate pas corps en avant du col. Dans tous les cas de rétroflexion, en effet, igé en avant du col, y sent un vide virtuel à la place de la résis- ps de l'utérus. L'introduction de la sonde, dans les rétroflexions, *avec la concavité en avant*, jusqu'au niveau de la flexion; mais là, pprimer un mouvement de rotation demi-circulaire, qui lui permet énétrer de haut en bas et d'avant en arrière, si l'on relève le athéter vers le pubis en opérant un léger mouvement de propul- le de pénétration révèle par lui-même l'existence de la rétroflexion; ie ensuite la sonde en place, on rétablit l'utérus dans sa position is momentanément, comme pour l'antéversion.

exion est la déviation utérine dont le diagnostic est le plus difficile, né lieu aux erreurs les plus multipliées. Une *tumeur fibreuse* la paroi postérieure du corps de l'utérus peut parfaitement simuler on, ainsi que Barth l'a observé. Une *hématocèle rétro-utérine* ou un *rétro-utérin* peuvent aussi en imposer pour une rétroflexion; mais s qui en résultent présentent une mollesse moindre que l'uté- plus, celle du phlegmon est d'une sensibilité extrême. Du reste, ux circonstances, le cathétérisme lève tous les doutes en se omme dans l'état normal. Il en est de même si l'*ovaire inflammé* sient s'accoler à la partie postérieure de l'utérus, comme l'a vu

nt aux *latéroversions* et *latéroflexions*, elles n'ont qu'une impor- laire, attendu qu'elles coïncident toujours avec les autres déviations, les antérieures, et que l'on est porté à penser, d'après les recher- , qu'elles sont ordinairement congénitales, comme on le verra plus a rencontré des cas dans lesquels elles semblaient déterminer le oubleur dans l'aïne correspondante.

nt compte de ces données diagnostiques, on constatera qu'il y a e l'utérus, et l'on déterminera en même temps son espèce. Mais cause de la déviation? Est-elle physiologique ou congénitale? Est- ent de nature pathologique? Telles sont les questions qu'il s'agit ésoudre au lit du malade, et qui, traitées à un point de vue général, eu aux affirmations les plus contradictoires. Dégagées de la donnée ile à résoudre, donnée secondaire pour nous, celle du traitement, is sont notablement simplifiées.

e d'abord qu'il y a des déviations pathologiques. C'est ce que les faits d'invasion de phénomènes attribués aux déviations utérines,



sous l'influence d'un *effort musculaire quelconque*, d'une chute, du col d'une voiture, et s'annonçant quelquefois par une douleur plus ou moins de tiraillement ou de craquement dans le bassin. C'est ce que prouvent encore la *cessation immédiate* des accidents par le simple redressement de l'utérus reconnu dévié, qui a lieu quelquefois; la persistance des accidents de la déviation produite par les *tumeurs péri-utérines* et les *brides cicatricielles* (bien décrites par Rokitsky et Virchow, et que l'on ne reconnaît pendant la vie qu'à la résistance opposée par l'organe à son redressement); l'enclavement de l'utérus dévié, développé par une grossesse peu avancée, et donnant lieu des symptômes graves (douleur excessive, rétention des urines et des sécrétions inflammatoire locale, métrite-péritonite), symptômes tantôt suivis de mort, tantôt cessant avec le redressement de l'organe à l'aide du levier obstétrical (Bleby). Les faits de cette espèce (*Voy. Gaz. hebdom. de méd.*, 1856) autorisent à considérer aussi comme réellement pathologiques les déviations attribuées à l'augmentation de poids et de volume de l'utérus atteint de *congestion* ou d'*inflammation*, et favorisées par la laxité des ligaments de l'utérus et par la grande amplitude du vagin.

Mais si les déviations pathologiques accidentelles sont manifestes et reconnaissables à leurs causes ou à leurs signes particuliers chez un certain nombre de femmes, comment, en l'absence de ces causes ou de ces signes, reconnaître que l'on n'a pas affaire à des déviations congénitales ou physiologiques? S'il est aujourd'hui un fait incontestable et reconnu par une foule d'observateurs, c'est certainement l'existence de l'antéflexion de l'utérus comme conformation anatomique normale chez le fœtus et le nouveau-né. Mais, avec les progrès de l'âge, que devient cette déviation physiologique congénitale, si commune à la naissance qu'on la rencontre sur la plupart des cadavres d'enfants nouveaux-nés, que deviennent aussi les cas bien plus rares, mais bien constatés aussi, d'inversion, de latéroversion, ou de latéroflexion, et enfin de rétroversion congénitales? C'est ce qui a été recherché par Aran à l'aide de trente-sept examens cadavériques (*Leçons sur les maladies de l'utérus*, 1860). Or, il résulte de ces faits : que l'antéflexion paraît être l'apanage de la jeunesse, surtout de la virginité, et que par conséquent on doit la considérer comme étant congénitale du moins dans la plupart des cas; que cette antéflexion disparaît probable-ment après l'âge de vingt-sept ans environ; que les autres déviations se remarquent indifféremment à tous les âges, ce qui doit faire admettre qu'elles sont essentiellement accidentelles, et enfin que la rétroflexion et la rétroversion non produites par des adhérences se rencontrent principalement, sinon toujours, chez des femmes qui ont eu des enfants.

Ces données précises sont très-importantes pour le diagnostic. Aran a fait autre remarquer que l'utérus offre souvent, à partir de la vie intra-utérine, des *inclinaisons latérales* avec ou sans flexion du corps de l'organe, inclinaisons et inflexions qui sont, sinon produites, au moins entretenues par le raccourcissement du cordon sus-pubien correspondant à l'inflexion et à l'inclinaison. L'auteur conclut que l'on doit considérer comme physiologiques les *antéflexions*, les *obliquités* et peut-être aussi les *latéroflexions* de l'utérus. De son côté, Valleix, qui admettait les déviations congénitales, considérait comme physiologiques celles qu'il rencontrait chez les vierges, ou bien chez les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants et très-peu de rapprochements sexuels.

Reste à savoir, comme le dit lui-même Aran à propos des variétés de déviations congénitales qu'il a signalées, si la prolongation de ces déviations jusqu'à l'âge adulte, surtout de l'antéflexion au-delà de l'époque de la vie à laquelle elle cons-

état normal, ne pourrait pas donner lieu à des *accidents pathologiques* à la sortie du sang menstruel, devenir une cause de stérilité. paraît possible, probable même, mais elle serait extrêmement rare. tenir compte de la nature congénitale de la déviation, sans oublier consulté pour des faits de déviations qu'il a considérées comme a fait évidemment disparaître les accidents par le traitement dirigé placement seul, traitement dont au reste le mode importe ici fort résultat.

é comme complications des déviations les difficultés de l'accou- fréquence de la stérilité, l'avortement (?), et enfin l'engorgement ui a été considéré tour à tour comme unique cause des accidents déviations (E. Goupil), comme une complication insignifiante ou omplication très-importante des déviations utérines. Enfin, dans ionnel de rétroversion, Grenser a vu le fond de l'utérus venir faire a la vulve, par une rupture de la paroi postérieure du vagin.

diverses complications, nous signalerons l'engorgement utérin, guièrement exagéré l'importance. Cela résulte d'un fait bien signi- que Valleix a vu disparaître les accidents locaux dès que l'utérus u redressé, malgré l'engorgement persistant. Valleix admettait ment seul, ou que la déviation seule, ne pouvait pas, dans la rrité des cas, produire les symptômes propres aux déplacements, ar réunion les déterminait presque à coup sûr (*Guide du médecin* édit., t. V).

iens de dire de l'engorgement, je pourrais le dire à certains égards s de la matrice qui accompagne fréquemment les déviations, et attribué aussi à tort les symptômes observés. On voit combien n pratique des déviations utérines se complique, et combien sont les difficultés d'un diagnostic complet. Cela paraîtra plus évident appelle que certains observateurs ont attribué les améliorations ou des accidents observés, obtenues par le redressement momentané au moyen de la sonde, à un état *névralgique* de l'organe, qui s sous l'influence du contact irritant du cathéter porté jusqu'au vité utérine.

tic. — Le pronostic des déviations utérines n'est pas grave. Il quelquefois que des déviations très-prononcées, mais sans compli- onnent lieu à aucun trouble fonctionnel. Mais que l'on se rappelle ie de symptômes sérieux que les déviations peuvent provoquer, que l résulte, pour les femmes qui en sont atteintes, l'impossibilité de ement et de vaquer à leurs occupations pendant un temps parfois on ne s'occupe sérieusement de les traiter, et on ne les considérera les lésions insignifiantes. La grossesse et l'accouchement ont une lle sur le pronostic des déviations utérines. La rétroversion avec dans le cours de la grossesse est suivie de mort si elle n'est pas six croyait plutôt à une influence nuisible des grossesses, et n'ad- ne exceptions à cette règle générale que de simples améliorations. autres observateurs ont constaté des guérisons complètes après grossesse. Il résulte des faits de guérison observés, que les dévia- t guérissent moins facilement que les autres. Quant aux déviations agnent d'adhérences péritonéales, dont l'existence est constatée érisme, on doit regarder ces faits comme incurables, et éviter avec de tout moyen mécanique de redressement. Ce n'est que dans des

cas très-exceptionnels que l'on a vu la mort survenir par le fait d'une déviation de l'utérus.

## II. Déviations vertébrales.

Je comprends sous ce titre les diverses courbures du rachis, auxquelles on a donné les noms de *cyphoses* (inflexions ou incurvations antérieures), de *lordoses* (inflexions postérieures), et de *scolioses* (inflexions latérales). Les plus importants qu'elles offrent à examiner sous le rapport du diagnostic sont relatifs : 1° aux conditions physiologiques et pathologiques dans lesquelles se manifestent ces déviations, conditions si bien exposées par Bouvier dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur* (1858); 2° aux conséquences de ces déformations au point de vue de la pathologie et de la séméiologie.

A. **CYPHOSE.** — La cyphose physiologique, appelée aussi *voussure*, des vieillards et dépendant d'une faiblesse de la constitution et de positions habituellement vicieuses, ne doit pas être confondue avec les cyphoses d'origine pathologique. Celles-ci sont dues à une *souffrance viscérale* habituelle, même légère, comme le *rachitisme* chez les jeunes enfants, à des *contractures* des muscles de la paroi antérieure du col ou du tronc, et au *rhumatisme musculaire* ou *articulaire* qui agit tantôt à la manière des contractures, tantôt en déterminant des attitudes qui sont prises par le malade pour éviter la douleur produite par la contraction des muscles ou les mouvements des jointures du rachis.

Le plus souvent, il est facile de distinguer les cyphoses dont il vient d'être question, de celles produites par le mal vertébral ou *mal de Pott*. Dans la plupart des cas de mal de Pott, en effet, la saillie du rachis n'est pas uniforme, mais *en pointe*, au niveau d'une apophyse épineuse; cette saillie apparaît déviée, ou *si l'on fait courber le malade en avant*; de plus, lorsqu'on soule un enfant affecté de mal vertébral : en général il crie et s'agite, il y a peu de *souplesse du tronc*. Il y a habituellement de l'*oppression*, une douleur épigastrique, de la *paralysie*, des *abcès par congestion*. Cependant la confusion est quelquefois possible lorsque les signes les plus caractéristiques du mal de Pott font défaut.

La cyphose n'a sur les organes intra-thoraciques aucune influence pathologique qui mérite d'être mentionnée. Elle a seulement pour conséquences raccourcir le tronc et de refouler le sternum en avant.

B. **LORDOSE.** — Cette incurvation du rachis en arrière s'observe principalement aux lombes, où elle n'est que l'exagération de la courbure naturelle de cette région. Comme déformation physiologique, elle résulte d'une disposition originelle ou d'un excès de contraction habituelle des muscles sacro-spinaux comme on le voit chez les marchandes ambulantes chargées d'un éventaire, temporairement pendant la grossesse; cependant, lorsqu'elle s'est répétée, la lordose de la grossesse peut amener aussi une vraie difformité permanente.

La cause des lordoses symptomatiques cervicale, lombaire ou même dorsale doit être cherchée dans des *cicatrices vicieuses*, des *contractures aiguës*, des *paralysies*, ou des courbures de *compensation*. La paralysie des muscles abdominaux, principaux fléchisseurs du rachis, produit indirectement une lordose lombaire très-remarquable avec *ensellure* caractéristique (Duchenne). Le même observateur a signalé aussi la lordose lombaire comme résultant de la paralysie des muscles sacro-lombaires. Dans ce dernier cas, la nécessité où se trouve le malade de tenir le haut du tronc en arrière pour éviter sa chute en avant, fait que la lordose a lieu *sans ensellure*, les fesses étant portées en avant avec le bassin.

La lordose franche a pour conséquence la saillie très-prononcée du ventre et

lie que l'on pourrait attribuer à une maladie abdominale, si l'on néglige les vertèbres.

IOSE. — Les courbures latérales du rachis ainsi désignées sont celles qui consistent principalement le médecin sous le rapport du diagnostic. Bouvier en distingue deux espèces de scoliose : celles par *flexion* et celles par *déformation* ; elles sont physiologiques, elles sont dues à des attitudes habituelles par l'action de l'aorte sur un rachis doué d'une force plastique médiocre ou à une disposition héréditaire (Bouvier, *Maladies de l'appareil loco-*

*motrices* d'origine pathologique, ou symptomatiques, sont tantôt la conséquence de la *contracture* (commune au col, où elles sont accompagnées de rotation de la tête), de la *paralysie* (hémiplegie), d'une simple *douleur* (torticolis, myofasciite, pleurodynie, etc.), et tantôt elles résultent du *rachitisme*, de la *carie* ou d'un *épanchement pleurétique* actuel ou résorbé.

Les scioses au niveau du thorax ont pour résultat la *saillie* du côté du dos correspondant à la saillie latérale du rachis, la *dépression* du côté opposé, et, par des actes de compensation, une *saillie antérieure* du thorax du côté qui est en arrière, et au contraire une *dépression antérieure* du même côté à saillie postérieure. On a conclu de ces faits que les saillies postérieures et antérieures gauche que présente assez souvent réunies la poitrine des très-bien portants, *sans déviation apparente* à droite au niveau du rachis, correspondaient à une *déviation intérieure* des corps vertébraux. On n'était ainsi, comment expliquer que j'aie observé fréquemment non-seulement la saillie droite du dos, mais encore la saillie antérieure du thorax sans aucune autre *hétéromorphie thoracique* (Rech. sur l'inspect. anat. sur. de la poitr., 1838) ? Malgré la haute autorité de Bouvier en matière, je ne saurais voir dans ces hétéromorphies thoraciques (sauf l'absence de déviation anatomique) des conséquences nécessaires de scioses vertébrales dans tous les cas.

Il en soit, il n'y a pas de déviations vertébrales qui entraînent des courbures aussi grandes que les scioses, chez les rachitiques par exemple, mais la cyphose combinée à la scoliose produit la plupart des gibbosités. Dans les cas de déviations très-prononcées, le côté saillant est moins sonore que le côté déprimé, qui rend le plus souvent un son mat ; mais la diminution relative de la sonorité du côté saillant ne peut être toujours à la torsion des corps vertébraux de ce côté, car l'atténuation s'étend au-delà. Suivant Barthès et Rilliet, l'épaississement relatif des vertébrales, qui peuvent doubler, tripler d'épaisseur chez les enfants rachitiques, contribue aussi à produire une matité qui peut induire en erreur le médecin ; la respiration physiologique a un timbre soufflant, ce qui est loin d'être le cas dans la scoliose lombaire très-prononcée, on peut alors dire que l'abdomen la colonne vertébrale déviée *formant une tumeur* qui, à la percussion, peut donner le change si l'on n'examine pas la matité du rachis.

Les scioses ne produisent de gêne dans les fonctions des organes centraux que dans le rachitisme avec déformations très-prononcées ; et encore a-t-on exagéré cette influence outre

mesure. — On désignait autrefois ainsi toute exagération persistante de la quantité de l'urine, comprenant aujourd'hui la POLYURIE (diabète insipide) et la DIABÈTE SUCRÉ (diabète sucré) (Voy. aussi au mot URINE).

**DIABLE** (Bruit de). — Voy. VASCULAIRES (Bruits).

**DIAPHRAGME.** — Les parties du diaphragme qui ne varient pas de position sont les attaches de ce muscle. Sa partie libre au contraire, qui sépare les deux cavités du tronc, est extrêmement mobile et par conséquent change de position soit que, dans l'état physiologique, elle serve à la respiration et à la phonation, à l'éternument, au rire, à l'action de pleurer, au hoquet; soit que, dans l'état pathologique, le diaphragme se trouve refoulé inférieurement vers l'abdomen ou supérieurement vers la poitrine.

1<sup>o</sup> *Maladies.* — Comme les autres muscles du corps, le diaphragme peut être atteint de douleurs variables, de *contracture* (ou SPASME), d'ATROPHIE, de PARALYSIE; et ces affections empruntent à la position même de ce muscle, et à ses fonctions, une physionomie toute particulière. On a observé aussi la PERFORATION du diaphragme comme complication de péritonite, ou suite d'abcès ou de cancer développés dans le voisinage.

2<sup>o</sup> *Signes.* — A la suite d'une toux répétée et prolongée, les attaches du diaphragme sont souvent le siège d'une douleur occupant en travers la base de la poitrine et particulièrement le rebord des fausses côtes, augmentant par les mouvements respiratoires, la toux, l'éternument, etc., en un mot par tous les mouvements, et surtout par les mouvements brusques du diaphragme. Cette douleur, siégeant des deux côtés, ne doit pas être confondue avec une douleur pathognomonique ou pleurétique; elle a d'ailleurs un caractère qu'il faut rechercher, c'est la coïncidence d'une douleur analogue dans les parties voisines des muscles de l'abdomen et dans les mouvements de flexion rapide du tronc. Cette douleur est bien moins vive que celle qui caractérise l'affection qui a été considérée comme un rhumatisme du diaphragme, et qui ne me paraît être qu'une contracture de ce muscle de médiocre intensité (Voy. RHUMATISME musculaire).

Quoi qu'il en soit, les diverses affections du diaphragme s'accompagnent de troubles fonctionnels. Ces troubles consistent en une *dyspnée* résultant de la brièveté de la respiration, qui ne se fait que par les côtes supérieures, la base de la poitrine étant immobile, ainsi que les parois supérieures de l'abdomen. D'autres fois la dyspnée coïncide avec la dépression sous-costale et épigastrique de l'abdomen *dans l'inspiration*, et avec sa dilatation au contraire *dans l'expiration*, mouvements inverses de ceux de l'état normal. C'est ce que l'on observe dans l'atrophie et la paralysie du diaphragme, mais sans qu'on doive y voir un signe pathognomonique de ces maladies, car ces phénomènes, ou du moins l'immobilité du diaphragme, peuvent s'observer aussi dans toutes les affections douloureuses des organes qui avoisinent le diaphragme, et sans qu'il y ait nécessairement paralysie de ce muscle, comme on l'a dit. La gêne de la respiration peut devenir excessive, et même être rapidement suivie d'asphyxie par suite de la contracture ou du spasme du diaphragme; ce spasme s'accompagne aussi d'une saillie exagérée des deux hypochondres, qui se remarque surtout dans cette maladie. Le *hoquet* est quelquefois un signe d'affection du diaphragme, mais il ne constitue pas un signe pathognomonique. Il n'en est pas de même du trouble qui se remarque dans l'acte de la *phonation*, lorsqu'il y a inertie du diaphragme (atrophie, paralysie) : le malade ne peut alors parler avec continuité dès les premiers mots, l'air lui manque, comme s'il était à la fin d'une expiration forcée. Ce signe est caractéristique et ne peut être méconnu lorsqu'on l'a une fois constaté.

3<sup>o</sup> *Exploration.* — On voit que l'inspection de la poitrine et de l'épigastre est le principal moyen d'exploration dans le diagnostic des affections du diaphragme. L'électrisation, lorsque la paralysie est incomplète, peut aussi être



mojen de diagnostic, en faisant cesser les accidents paralytiques, immédiatement ou peu après la faradisation des nerfs phréniques. Celle-ci a pour effet de écarter les côtes inférieures et de soulever les parois abdominales pendant l'air entre avec bruit dans les poumons. Cette faradisation localisée des phréniques s'effectue par l'application profonde de chaque réophore con- dehors de la portion claviculaire du sterno-mastoïdien et au-dessus de icule. C'est là, en effet, que l'on peut rencontrer le nerf phrénique au atou il contourne le scalène pour pénétrer dans le médiastin. L'électrisation re intermittente, c'est-à-dire interrompue momentanément pour que les ptions correspondent aux mouvements expirateurs qui suivent chaque con- provoquée (*Voy. ÉLECTRISATION, PARALYSIES locales, RHUMATISME aire, SPASME du diaphragme*).

**DIARRHÉE.** — Caractérisée par des évacuations alvines plus ou moins li- , abondantes et répétées, la diarrhée est le plus souvent un symptôme. est idiopathique que dans des conditions particulières que nous rappelle- us loin.

**caractères.** — Les principaux sont fournis par le nombre exagéré de es devenues plus ou moins liquides, et par la nature même des *matières* s. Elles peuvent, en effet, être stercorales, bilieuses, muqueuses, séreuses, ites, graisseuses, et contenir des aliments non digérés, du sang, des vers aux, des fausses membranes ou concrétions diverses, des calculs biliai- entérolithes. Le mélange des gaz aux liquides de l'intestin donne quel- lieu à des gargouillements à la pression de la fosse iliaque, et même à isation ou à un bruit de fluctuation faciles à expliquer. Mais ces différents res et ceux qui résultent de la marche des accidents diarrhéiques doivent pprochés des conditions dans lesquelles ces accidents se montrent, pour ute leur valeur.

**conditions pathologiques et signification.** — Lorsque l'on constate de la e, il faut se demander si elle est idiopathique ou symptomatique.

le premier cas, elle résulte souvent d'une simple émotion morale ; elle ors que passagère, et n'a besoin que d'être mentionnée. D'autres fois elle ; durable, et il est difficile de la distinguer de la diarrhée véritablement matique.

; surtout la diarrhée des *très-jeunes enfants* qui mérite une attention lière. Le plus souvent elle est le seul symptôme observé ; d'autres fois il s coliques au début, de la fièvre (due parfois à une autre cause, la on, par exemple) ; l'appétit n'est pas perdu, quoique les selles, le ouvent jaunâtres ou verdâtres, mélangées de mucus, de caséum ou s aliments non digérés, se répètent plusieurs fois par jour, avec ou oliquies ; en même temps le ventre est volumineux, sonore, mais le plus t indolent à la pression. — Une seconde forme de diarrhée est carac- : par tous les symptômes locaux et généraux de l'entérite, et je ne ue renvoyer à cette dernière maladie ; car, en pareil cas, il est vraiment ible de distinguer les deux affections, ce qui explique que Barthez et . (*Traité des malad. des enf.*, t. I, p. 736) les aient confondues sous e de catarrhes et phlegmasies catarrhales aiguës des intestins (*Voy. UTE*).

diarrhée *symptomatique* a une signification différente lorsqu'elle est ou chronique ; et dans ces deux conditions il faut en rechercher l'origine une affection de l'intestin, dans une affection d'un autre organe plus ou éloigné, dans une maladie générale.

La *diarrhée aiguë* se montre : dans l'*entérite aiguë*; dans l'intestin dans la *dysenterie*, où elle est remarquable par la fréquence des selles peu d'abondance et les matières spumeuses et sanguinolentes qui les composent; dans l'*embarras intestinal* (selles stercorales); dans les *affections veineuses* de l'intestin; dans les *empoisonnements*, plus ou moins longtemps durables; vomissements; à la suite de l'ingestion fortuite de substances vénéneuses. Assez souvent la diarrhée survient par extension à l'intestin d'*infestation* d'organes avoisinants, ou comme crise résultant de la rupture d'un abcès liquide, abcès ou kyste, en rapport avec le tube intestinal, qui donne lieu à des liquides caractéristiques. Une diarrhée véritablement caecale survient, sans rupture, dans le cours de certains épanchements ou tumeurs du caecum. Enfin la diarrhée aiguë se montre fréquemment dans les maladies générales. Elle est souvent un des principaux symptômes du début du typhoïde, moins fréquemment de la rougeole et d'autres fièvres dont le début peut simuler ainsi l'invasion de l'affection typhoïde; prodrome et l'un des symptômes caractéristiques du *choléra*, des *fièvres bilieuses*, un épiphénomène grave et fréquent de la *fièvre puerpérale*, de la *réabsorption purulente* et de plusieurs autres maladies aiguës qu'il est inutile d'énumérer. Enfin, elle est fréquemment une conséquence des *convalescences*. On a distingué des formes de diarrhée très-variées, comme ses causes. Trousseau a admis des diarrhées *catarrhales*, *nerveuses*, et d'autres formes comprises dans celles dont il vient d'être parlé. Il pense que la diarrhée de la première dentition peut se transformer en *choléra infantile*.

Quant à la *diarrhée chronique*, il me suffit de rappeler qu'elle se voit dans l'*entérite chronique* avec ou sans ulcérations, dans le *cancer* de l'intestin, dans les *rétrécissements de l'intestin* où elle alterne avec la constipation, dans toutes les maladies chroniques et dans les *cachexies* profondes. Graves est disposé à attribuer certaines diarrhées rebelles à la constipation chronique de l'intestin (*Clin. méd.*, trad. de Jaccoud, t. II). Tantôt la diarrhée est une complication ultime et tantôt un symptôme caractéristique qui peut servir à la voie du diagnostic. Telle est la diarrhée chronique avec amaigrissement graduel qui peut faire soupçonner l'existence de la phthisie pulmonaire chez les jeunes sujets. Cette diarrhée des phthisiques, si bien étudiée par Broussais, annonce, suivant cet éminent clinicien, qu'il existe de larges et profondes ulcérations intestinales lorsqu'elle est longtemps persistante, qu'elle est fréquente et que les matières rendues ont l'odeur de matières en macération.

La diarrhée peut faire formuler un pronostic très-variable suivant son caractère. Quoique purulente, elle est ordinairement favorable lorsqu'elle résulte de la rupture d'une collection purulente ouverte dans le tube intestinal. Elle est au contraire très-souvent de fâcheux augure dans les maladies chroniques.

**DIATHÈSES.** — Que doit-on entendre par diathèse? On a beaucoup discuté sur le sens de cette expression, dont on abuse beaucoup de nos jours et l'on est loin d'être parfaitement d'accord à son sujet, malgré les progrès de la science moderne. On admet en général, avec Chomel, que « la diathèse est une prédisposition en vertu de laquelle plusieurs organes ou plusieurs parties de l'économie sont, à la fois ou successivement, le siège d'affections diverses dans leur développement et identiques dans leur nature, lors même qu'elles présentent sous des formes diverses » (*Pathol. générale*).

Mais on a été plus loin : on a considéré comme des diathèses la plupart des maladies internes et peu connues des maladies. C'est ainsi que l'on a admis des diathèses catarrhale, sèche, ventreuse, vermineuse, calculeuse, anévrysmales, nerveuse, scorbutique. C'est aussi, selon moi, par un abus de langage le mot diathèse, dont on abuse tant, a été appliqué à des maladies aiguës dans les dernières années. Pour Castan (de Montpellier) (*Traité élément. des diathèses*, 1867), la vraie diathèse est une affection morbide, constitutionnelle, consécutif chronique et persistante. Cette diversité d'opinions démontre la nécessité de limiter le sens réel du mot diathèse.

que dit Baumès du diagnostic des diathèses, sur lesquelles il a publié un ouvrage étendu (1853), réduit d'ailleurs la question clinique à ses justes limites. Évidemment, dit-il, une diathèse ne peut être diagnostiquée que lorsqu'elle a produit quelque manifestation; sans cette condition, la considération des divers états diathésiques qui ont existé chez des parents, ne suffirait pour affirmer que des états morbides semblables existent chez un de leurs descendants qui n'en offrirait encore aucun signe. On ne peut pas dire qu'une diathèse est à l'état latent tant qu'elle n'a donné aucun signe de son existence, pendant la vie d'un individu, aucun signe de ce genre ne s'était montré, que fussent les conditions diathésiques présentées par ses ascendants ou descendants, on ne pourrait pas affirmer que, chez lui, aucune diathèse existait. Les diathèses ne se reconnaissent donc qu'à leurs manifestations cliniques ou symptomatiques, et dès lors l'étude de leur diagnostic rentre tout naturellement dans celle des maladies auxquelles elles se rapportent (*Voy. CANCER, ÉRYTHÈME, RHUMATISME, SCROFULES, SYPHILIS, TUBERCULES*, etc.), maladies pour lesquelles le mot diathèse exprime un principe étiologique bien défini par ses conséquences, principe qui serait l'acide urique pour la goutte [diathèse urique de B.].

**DIGESTIF** (Appareil). — Nous pourrions, à propos du diagnostic, entrer dans des considérations générales qui ne manqueraient certainement pas d'être utiles, si ce n'était pas répéter ce que nous avons dit à propos de chacun des organes qui composent l'appareil digestif : BOUCHE, PHARYNX, ŒSOPHAGE, ESTOMAC, etc. Deux questions pourraient cependant paraître utiles à discuter : la première, celle de la localisation anatomique d'une maladie dans un des organes de l'appareil ou dans leurs annexes (foie, pancréas, péritoine, ganglions intestinaux); la seconde, question de méthode pour l'exploration de l'appareil digestif. Mais la première question est soulevée et discutée à propos d'un certain nombre de maladies particulières qui sont des points de départ pour le diagnostic, et il a été traité ailleurs; et quant à l'exploration des organes digestifs, c'est une question suffisamment question à propos de chaque organe et de l'EXAMEN DES DIGESTIFS.

**DIGESTIF, DIGESTIF.** — *Voy. EMPOISONNEMENTS.*

**DILATATIONS.** — Les organes creux ou qui ont une cavité virtuelle sont susceptibles de dilatations, et ces dilatations doivent être considérées comme des affections pathologiques toutes les fois qu'elles sont un signe d'une maladie, ou qu'elles constituent par elles-mêmes des affections qui ont pris place dans la nosologie. C'est par une accumulation de liquides, moins souvent de gaz et plus rarement encore par des corps solides que les dilatations pathologiques ont lieu. Dans un assez grand nombre de cas, ces accumulations, en se faisant en amont d'un obstacle, finissent par y distendre l'organe d'une manière permanente, en lui faisant perdre son élasticité. C'est ce qui a lieu pour l'œsophage, la vésicule biliaire, le cœur, etc. D'autres dilatations partielles,

comme les anévrysmes des vaisseaux, peuvent être favorisées par un rétrécissement préalable de leurs parois, sans qu'il y ait de rétrécissement de la dilatation. Lorsqu'elles sont le fait de la migration d'un corps et distendent outre mesure les conduits biliaires ou urinaires (calculs), ou dans les intestins, il résulte de ces dilatations ou distensions des coliques (hépatique, vésicale). Dans les cavités closes, comme celles des reins où s'accumulent les liquides, dans les réservoirs biliaire ou urinaire, l'utérus, la dilatation, ordinairement graduelle, n'est pas douloureuse en est de même de celle à marche chronique des autres organes : vaisseaux, bronches, œsophage, estomac, etc. ; mais ces dilatations festent non-seulement par une augmentation de volume sensible à la percussion, mais encore par des signes particuliers qui doivent être considérés à part. Il a été question précédemment du diagnostic des anévrysmes (dilatations vasculaires) ; je vais m'occuper ici de celles des reins, de l'estomac et de l'œsophage.

**I. Dilatation des bronches.** — Décrite pour la première fois par Bartholin, cette affection a été l'objet d'une monographie remarquable due à Bartholin, et à laquelle je ferai de nombreux emprunts dans cet article.

**1° Éléments du diagnostic.** — Cette maladie, qui est de tous les âges, puisque Bartholin et Rilliet ne l'ont pas trouvée très-rare dans l'enfance et tout fréquente dans la vieillesse. Elle est essentiellement chronique sans réaction fâcheuse en général sur l'ensemble de l'organisme. Elle est caractérisée par l'absence de toute douleur thoracique, de dyspnée et d'altération de la voix, par une toux de tous les jours, fréquente et abondante de l'expectoration, qui est un des signes caractéristiques de l'affection, et qui se fait par crises une ou deux fois par jour, surtout le matin. La quantité des crachats varie de 150 à 450 grammes au moins par vingt-quatre heures. Ils sont muqueux, mousseux à la surface, le plus souvent opaques, verdâtres, puriformes ou tout à fait purulents, ayant parfois la viscosité d'œuf, comme je l'ai observé chez un malade ; rarement ils ont une teinte amarante ou se compliquent d'hémoptysies légères. Ils forment une masse puriforme mêlée de liquide salivaire, ou presque homogène et suiveuse dans l'eau, à laquelle ils ne sont miscibles qu'en partie. — A la percussion de la poitrine, le son est généralement obscur dans le point occupé par la tumeur, et ordinairement vers la base de l'un ou de l'autre poumon, ou des deux, et assez souvent aussi aux sommets. — A l'auscultation, respiration rude et soufflante (bronchique ou caverneuse), avec retentissement anormal de la voix avec ou sans râles sonores et surtout humides, à bulles de grosseur variable qu'au gargouillement ; ces râles sont modifiés ou cessent par la toux momentanément, et parfois les signes de l'auscultation sont presque nuls, ce dont il faut se rappeler.

**2° Inductions diagnostiques.** — L'existence des crises d'expectoration abondante auxquelles Bartholin a insisté avec raison, l'abondance des crachats, et l'état généralement satisfaisant de la santé malgré la longue persistance de la maladie, peuvent presque faire affirmer qu'il y a une dilatation des bronches. Ce diagnostic se confirme si, vers la base de l'un ou des deux poumons en arrière, on trouve des signes d'excavations pulmonaires. Mais ces derniers signes peuvent manquer, et les autres signes présentent quelquefois des particularités qui peuvent induire en erreur, comme on le verra tout à l'heure.

Les antécédents, outre l'expectoration abondante habituelle, rappellent

de pneumonies et souvent de *pleurésies* auxquelles Barth, qui les a traitées avec une certaine importance étiologique. J'ai eu sous les yeux, à Paris, un jeune homme dont la dilatation paraissait remonter à une pleurésie deux années auparavant. Les bronchites antécédentes sont fréquentes; et, d'après les recherches de Fauvel sur la bronchite capillaire, on doit considérer cette forme de bronchite comme ayant une très-influence sur la production de la maladie qui m'occupe, puisque, sur 10 autopsies d'adultes ou d'enfants qui en sont morts, il a trouvé des dilatations bronchiques dans tous les cas (*Mém. de la Soc. méd. d'observ.*, t. II, p. 18).

ion des bronches, une fois produite, a une marche essentiellement chronique. On ne peut donc jamais la confondre avec les maladies thoraciques aiguës, si ce n'est si il n'en est plus de même avec celles qui sont chroniques comme

lorsqu'il n'existe comme signes stéthoscopiques de la dilatation des  
e des râles disséminés, sans signes d'excavations, on peut facilement  
e simple *bronchite chronique*; d'autant mieux que, d'après ma propre  
il est rare qu'il n'y ait pas coïncidence entre les deux affections.  
l'abondance des crachats et leur expulsion par crises, surtout le  
ont guère défaut comme signes de la dilatation, et ce caractère diffé-  
suffisant, au moins pour soupçonner cette dernière affection. Un  
confirmatif de grande valeur est la constatation d'un gros râle  
régul dans un point circonscrit de la poitrine, et qui ne saurait  
par aucune autre cause.

out lorsqu'il existe des signes d'excavation intra-pulmonaire que les diagnostics peuvent être fréquentes. Mais heureusement le siège habituel des bronches vers la base des poumons, tandis que celui des tuberculeuses occupe leur sommet, est un signe différentiel de valeur. Cependant ce signe n'est pas absolu; on rencontre, en effet, la dilatation bronchique aux sommets des poumons. Les signes locaux, respiration bronchique ou caverneuse, râles humides, retenue de la voix et de la toux, pourraient facilement faire croire à une tuberculose. Mais d'un autre côté, ce qui devra en éloigner l'idée, c'est l'absence de signes fonctionnels qui résultent de la fonte des tubercules, c'est-à-dire dyspnée, des douleurs thoraciques, de l'altération de la voix, de l'expectoration évidente, du dépérissement, de la diarrhée. L'existence antérieure de la santé générale devra suggérer l'idée d'une tuberculose. L'existence antérieure des hémoptysies est un signe qui dans les cas douteux, fait trancher la question en faveur de la tuberculose, puisque Barth a constaté que ces hémorrhagies avaient existé avant de tubercules pulmonaires, chez deux sujets atteints de dilatation

D'après les faits que j'ai observés, les crises d'hémoptysie seraient  
us fréquentes que ne l'a vu mon savant collègue, ce qui rend la con-  
eux maladies plus facile.

autres affections thoraciques chroniques qui peuvent être confon-  
dus avec la tuberculose, on trouve la *gangrène pulmonaire limitée*, et les *épan-  
chements purulents de la plèvre circonscrits et ouverts dans les bronches*. —  
Dans le premier cas, on constate les signes d'une cavité pulmonaire accidentelle  
limitée caractéristique des crachats. Or, la gangrène à son début peut  
avoir l'odeur caractéristique tout en se manifestant par les signes d'une



dilatation bronchique, ainsi que j'en ai vu récemment un exemple; et, d'autre côté, l'odeur fétide de l'haleine et du produit de l'expectoration peuvent exister sans la dilatation des bronches, ce qui résulte sans doute du séjour des mucosités sur le passage de l'air, et parfois de la gangrène réelle de la surface des parois des cavités bronchiques signalée par Briquet. Mais c'est seulement dans cette dernière condition que l'on pourrait croire à l'existence d'excavations gangréneuses du poumon, vu la fétidité réelle de l'expectoration, et les antécédents propres à la dilatation des bronches ne venaient facilement lever tous les doutes sur la nature des excavations constatées. — Les mêmes résultats locaux d'une cavité contenant un liquide et communiquant avec les voies respiratoires se rencontrent dans les cas d'*empyème circonscrit* communiquant avec les bronches; mais ici les crachats sont plus uniformément purulents, et se dissolvent à l'eau, plus fétides, etc., enfin le pus liquide, presque sans mélange d'air, peut s'échapper, suivant Barth, sans aucun effort de toux et sous forme de jet, de la bouche du malade, lorsqu'il baisse la tête au-dessous du niveau de la poitrine.

D'après ce qui précède, on voit que le *siège* de la dilatation, à la base ou au sommet des poumons, rend le diagnostic plus ou moins facile. Je dois remarquer que la dilatation est quelquefois *centrale*, comme je l'ai observée chez un malade qui rendait chaque jour une énorme quantité de crachats, chez lequel la dilatation ne donnait lieu qu'à des signes stéthoscopiques insuffisants. — Le *degré* de la lésion devra donc s'établir plutôt d'après l'abondance quotidienne de l'expectoration et l'ancienneté de la maladie, que par l'importance apparente des signes physiques. — Quant aux *complications* de la dilatation des bronches, je n'ai qu'à rappeler les bronchites intercurrentes, les hémoptysies et la gangrène superficielle de la muqueuse des excavations dont j'ai traité la question plus haut.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Cette dilatation est remarquable par sa bénignité, et ne pèche pas les malades d'atteindre un âge avancé. Ils peuvent toutefois, à la suite de l'abondance de l'expectoration et de l'imperfection de l'hématose, éprouver un affaiblissement notable. De plus, j'ai eu sous les yeux, à l'hôpital Necker, un jeune homme de vingt ans, offrant une dilatation des bronches des plus manifestes à la base des deux poumons, et qui succomba inopinément, malgré son état florissant de santé, à une cause qui ne put être recherchée par l'autopsie. Cette cause était sans doute étrangère à la dilatation bronchique, car cette dernière ne peut avoir pour conséquence, par suite de l'abondance extrême de l'expectoration et sans doute aussi de l'imperfection de l'hématose, que de produire l'affaiblissement et le découragement des malades.

II. *Dilatation du cœur*. — La dilatation du cœur est presque toujours liée à d'autres lésions principales qui attirent principalement l'attention du médecin, et qui font que le diagnostic de la dilatation ne peut offrir que des difficultés.

Lorsque la dilatation est jointe à l'hypertrophie, ce qui est l'ordinaire, les signes peuvent être dominés par ceux de l'hypertrophie. Quoi qu'il en soit, on a indiqué, comme signes de la dilatation, des bruits du cœur *plus secs et plus clairs* que dans l'état sain, surtout le premier bruit, qui se rapproche du second par ses caractères (Laennec, Hope). Si l'on y joint le peu d'intensité de l'impulsion du cœur, l'étendue de la *matité*, la faiblesse du *pouls*, qui est tendu et facile à déprimer, une gêne plus ou moins grande de la *respiration*, et du ralentissement de la circulation, la stase veineuse et ses conséquences (Cœur), on aura l'ensemble des symptômes qui peuvent faire soupçonner

du cœur. Kennedy, de Dublin, croit avoir constaté que la dilatation des cavités du cœur donne lieu à une impulsion sensible à l'œil et à la surface plus large qu'il n'est naturel, sans que cette impulsion soit te pour ébranler et soulever la poitrine comme dans l'hypertrophie *méd.*, 1859, t. II).

**Dilatation de l'estomac.** — La dilatation ou l'ampliation chronique de l'estomac est quelquefois si considérable que l'organe envahit toute la hauteur de l'abdomen. C'est un état pathologique qui présente des signes particuliers et est essentiel de connaître, non-seulement pour ne pas les confondre avec d'autres affections, mais encore parce que la constatation de cette dilatation est utile au diagnostic de la maladie qui l'a produite. La dilatation de l'estomac est, en effet, le plus souvent symptomatique. Duplay, en 1832 (*Arch. de méd.*), et plus récemment le docteur Rilliet (*Gaz. hebdomadaire*, 1859) ont publié sur ce sujet des Mémoires qui renferment les documents les plus importants à con-

tenir pour le diagnostic. — Lorsque cette ampliation existe, le ventre est, à l'abord à la vue un développement plus ou moins considérable, mais uniforme et n'a rien de caractéristique, à moins que, chez un sujet atteint d'une dilatation particulière de l'estomac, on ne se dessine en saillie d'une manière manifeste, comme le docteur Louis l'a signalé le premier, à propos de la distension de la membrane musculaire de l'estomac (*Rech. anatom.-pathol.*, 1826). Ce signe n'a pas été suffisamment noté par les auteurs. Suivant Duplay, il y a des vomissements peu fréquents, ou plutôt de simples régurgitations, précédées d'un sentiment de plénitude, sont suivies de flatulences, et la plupart des autres signes varient si on les recherche avant ou après la régurgitation. 1° Avant, le palper sent une tuméfaction étendue oblique-hypochondre gauche à la fosse iliaque droite, la percussion produit un bruit mat supérieurement et un son mat inférieurement, sons qui varient avec la position du sujet; le BALLOTTEMENT, et la succussion pendant l'application de la main sur l'addomen, donneraient, suivant Duplay, une sensation de bruit mat. 2° Après l'expulsion des matières contenues dans l'estomac, la distension de l'organe se dessine moins bien, le son mat diminue d'étendue, les flatulences et la succussion ne produisent plus de gargouillement.

Duplay a appelé l'attention sur les caractères des matières vomies. Elles sont caractérisées par leur abondance, qui est hors de proportion avec la quantité de nourriture et d'aliments ingérés dans la journée ou la veille, par les résidus indigérés pris plus ou moins longtemps auparavant qu'on y sent encore par leur odeur analogue à celle de la graisse rance ou de certains autres produits, parfois par leur saveur, dont l'acidité est détestable. Il est rare que les vomissements ont rarement lieu tous les jours, et se reproduisent par crises, qui constituent quelquefois autant de petites maladies. **Signes diagnostiques.** — Les différences comparatives dans les symptômes avant et après le vomissement, et sur lesquelles Duplay fonde le diagnostic de la dilatation stomacale, ont, en effet, une valeur pronostique. Mais il y a des cas, dit Rilliet, où cette comparaison est difficile, les vomissements étant nuls ou rares, ou au contraire plusieurs fois dans une seule journée. Ce sont là, il est vrai, des faits exceptionnels, mais il ne faut pas perdre de vue, puisqu'ils ont donné lieu à des erreurs de diagnostic très-graves. On a cru, en effet, à une acide (Chaussier), à une gastro-entérite (Jodan), ou même à une tumeur, comme Rilliet en rapporte un

exemple. Cet éminent observateur ne pense pas, avec Duplay, vu la perte de l'appétit des malades, que, dans l'état de vacuité de l'estomac, on puisse faire servir au diagnostic l'ingestion des aliments et des boissons dans le but de distendre la poche stomacale. Mais quand le malade sent les substances ingérées descendre jusqu'à la partie déclive de son abdomen (Duplay), on ne saurait méconnaître la valeur de ce signe. Lorsque l'estomac est énormément distendu et occupe presque tout le ventre, on pourrait croire, comme l'a fait Rilliet, à une tumeur abdominale, à un kyste de l'ovaire chez la femme, à une tumeur d'un autre organe chez l'homme, et il est alors difficile d'éviter l'erreur tant que les vomissements font défaut. Les difficultés du diagnostic résultent aussi, non seulement de l'absence des vomissements, mais encore de leur très-grande fréquence parce que les symptômes abdominaux manquent (Rilliet). La forme de la matité de la dilatation stomacale, matité qui a un niveau *transversal*, suffirait, dit Valleix, pour faire distinguer cette affection de l'ascite, dont la matité présente une limite à concavité supérieure.

On voit que la dilatation permanente de l'estomac présente des formes ou degrés différents qui influent sur la facilité du diagnostic. Mais le point important, une fois la dilatation constatée, c'est d'en déterminer la cause véritable.

Cette cause est, le plus souvent, un *cancer gastrique* produisant un obstacle au pylore, obstacle qui entraîne la dilatation. N'est-ce pas au cancer qu'il faut attribuer les troubles dyspeptiques et certains vomissements de sang, attribuer l'augmentation stomacale? C'est ce qui n'est pas exactement établi. Le cancer est la maladie primitive habituelle en pareils cas, celle à laquelle on doit penser tout d'abord en constatant la dilatation de l'estomac. Cependant il ne faut pas oublier que des *ulcérations simples* peuvent produire le rétrécissement de l'orifice pylorique, ce qui entraîne l'augmentation de l'estomac, et que cette augmentation peut exister même avec un pylore largement perméable, ainsi que l'on remarque Duplay et Rilliet.

Une circonstance anatomique utile à rappeler, lorsqu'il existe un rétrécissement pylorique, c'est la position de l'orifice inférieur de l'estomac.

Tantôt, en effet, le pylore s'abaisse plus ou moins en se rapprochant de la ligne médiane, de manière à faire occuper à l'organe la partie gauche de l'abdomen; et tantôt, au contraire, suivant Duplay et Rilliet, il tend à s'élever et se rapprocher du cardia, la dilatation de l'organe ayant lieu par l'augmentation de la grande courbure, et la petite courbure subissant au contraire une diminution de longueur. Il en résulte qu'il faut chercher la tumeur dans des points différents de l'abdomen, comme cela a lieu du reste dans des cas de dilatation sans augmentation manifeste de l'estomac. Lorsque la dilatation se dessine par une saillie visible à l'extérieur, cette circonstance permet d'arriver directement à palper le pylore, à la réunion des deux courbures visibles de l'estomac.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Dans le cas de cancer ou d'oblitération pylorique par une tumeur complète, il est clair que la dilatation de l'estomac est incurable. Mais on a observé un certain nombre de faits (Pézerat, Guyot) qui ne permettent pas de douter que la dilatation survenue sous l'influence de causes purement dynamiques ne puisse guérir, ainsi que l'a fait remarquer Rilliet.

IV. *Dilatation de l'œsophage*. — La seule dilatation de l'œsophage qui intéresse le praticien, comme se révélant par des signes particuliers, est celle qui s'opère au-dessus d'un rétrécissement permanent de l'œsophage. Cette dilatation se caractérise par la *tumescence du cou*, qui résulte de l'accumulation des aliments au niveau de la dilatation, lorsque celle-ci occupe la partie supérieure

sophagien, par la *disparition de cette tuméfaction* par le fait *ces aliments* accumulés, rejet qui se fait ordinairement après un *moins long*, à partir de l'ingestion, et enfin par la *fétidité de* à l'*altération des aliments* qui ont séjourné au niveau de la poche *e*. L'ensemble de ces signes peut suffire au diagnostic ; mais il est la question principale est, en pareil cas, le rétrécissement de l'œso- u-dessous de la dilatation, et dont il est l'origine (*Voy. RÉTRÉ-* de l'œsophage).

**ÉRIE.** — Cette maladie, dont on doit la première description à a motivé un grand nombre de travaux, de la part de Trousseau, che, Barthez et Rilliet, Empis, Gubler, Isambert, Sée, Bouchut, et les thèses remarquables de Millard (1858), Pératé (*id.*), Péter ieux (agrégation, 1860). Suivant Littré, Hippocrate aurait décrit : d'angine diphthérique.

rie a été successivement considérée par Bretonneau comme une locale spéciale, à marche envahissante (*Traité de la diphthérite*, omme une affection contagieuse locale, dont les progrès, s'ils ne sont uisent une intoxication grave analogue à celle de la syphilis constitu- ch. de méd., 1855, t. V et VI). Dans ces derniers temps, Paterson s, 1866) a rapporté un fait démonstratif de la contagion virulente à un homme de quarante-trois ans ayant eu trois enfants, qui suc- la diphthérite. Il tenta, chez l'un d'entre eux, d'enlever l'obstacle ans le gosier, à l'aide d'un doigt qui était excorié ; une diphthérie e, de graves accidents généraux et plus tard une paralysie tempo- nibles inférieurs démontrèrent la réalité de la contagion. Les épidé- si cruellement sévi à Paris, il y a quelques années, démontrent mani- e, si l'affection a été primitivement limitée dans certaines épidémies localités particulières, elle s'est montrée aussi d'emblée comme rale plus ou moins grave, comme une sorte d'empoisonnement, d nombre de faits.

ière d'envisager la diphthérie est générale aujourd'hui, si l'on en nombreux travaux publiés dans les derniers temps.

*ats du diagnostic.* — Ils sont locaux ou généraux.

station locale la plus caractéristique de la maladie est la produc- s muqueuses accessibles à l'air ou sur le derme dénudé, d'une pseudo-membraneuse particulière.

*membrane diphthérique* résulte d'une exsudation qui se concrète ent. Elle constitue une première pellicule grisâtre et mince, surtout s, qui sont limités par un liseré rouge. D'abord facile à enlever, te, et recouvrant une muqueuse privée de son épithélium et habi- aine d'ailleurs, la concrétion s'épaissit, devient opaque, lichénoïde, hérante, de plus en plus adhérente ; son arrachement, qui est alors ntre la muqueuse pointillée de rouge, même saignante, assez sou- e dans le pharynx, et surtout dans la bouche. Ch. Robin, Empis éd., 1850, t. XXII), et Isambert ont constaté que le microscope ne une différence dans plusieurs espèces de concrétions membrani- thériques et autres, quoique leur aspect soit différent, ce qui tient au groupement moléculaire. Les concrétions diphthériques sont presque uniquement de fibrine, dont l'aspect microscopique est granuleux, et renferme soit des globules de pus et de sang, soit des héliales de la région affectée. Ch. Robin, et Laboulbène (*Rech. clin. et*



anat. sur les affect. pseudo-membraneuses, 1861) y ont signalé des vils  
des genres *bacterium* et *vibrio*, surtout du premier genre, ayant le



Fig. 27. — Diphthérie du pharynx.



Fig. 28. — Diphthérie du larynx.

forme et raide, fig. 27 et 28. Les caractères chimiques de ces fausses membranes sont sans importance.

Les symptômes locaux de la diphthérie varient d'ailleurs suivant le siège. On conçoit que les fausses membranes soient visibles dans le pharynx, dans la bouche, au niveau de l'œil, à l'extrémité du pénis, à la vulve, à l'anus, dans les diverses parties du tégument cutané; or, il s'y joint des phénomènes fonctionnels ou des particularités qui concourent à compléter le tableau de la maladie, comme on le verra plus loin. Les fausses membranes ne peuvent être observées dans le larynx ou la trachée (croup) qu'à l'aide du laryngoscope; elles peuvent l'être aussi à l'aide du même instrument dans les fosses nasales postérieures. Elles sont invisibles dans les bronches (bronchite pseudo-membraneuse) qu'on ne peut enlever qu'en les expulsées au dehors, en même temps que s'observent les phénomènes laryngiens, bronchiques, ou du côté de la pituitaire.

Dans différents organes, les concrétions diphthériques peuvent apparaître pendant le cours d'une épidémie et y rester limitées, ou bien envahir de plus en plus les parties voisines, en commençant le plus souvent par le nez.

Les symptômes généraux, pouls petit et fréquent, et accablement (avec bouffissure considérable des parties latérales du cou et du visage), ont été d'abord observés par Bretonneau (*Addit. suppl. au Traité*, p. 16). Mais il fallut les épidémies que l'on a été à même d'observer à Paris dans ces dernières années, et notamment en 1855, pour que l'on rencontrât des cas assez nombreux d'accidents généraux prédominant sur les symptômes locaux, et venant démontrer que toutes les épidémies ne sont loin de se ressembler. Tantôt, en effet, les phénomènes généraux sont nuls ou à peu près, et la maladie paraît être locale; tantôt les phénomènes généraux sont proportionnés aux phénomènes locaux; tantôt enfin on observe une exagération des accidents généraux coïncidant avec des lésions locales légèrement accentuées pour pouvoir expliquer l'intensité de ces accidents généraux.

Je vais avoir à revenir sur ces différents éléments du diagnostic.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le signe pathognomonique de la diphthérie est la fausse membrane exsudée, lorsqu'elle est située de telle façon qu'on puisse la constater sur place, ou qu'elle est expulsée de parties profondes.



essibles à l'exploration directe. En effet, les symptômes fonctionnels, l'apparition d'une épidémie régnante, et celle des conditions étiologiques peuvent que faire soupçonner plus ou moins fortement la diphthérie, l'existence n'est certaine que lorsque celle des exsudations diphthériques donne directement ou indirectement. Il résulte de là qu'il est essentiel de connaître les affections dont les lésions locales peuvent simuler les concrétions diphthériques, et de savoir les distinguer de la véritable diphthérie.

Ord, du côté du pharynx, où la localisation de la diphthérie est le plus communément observée, cette maladie est simulée par certaines pharyngites, mais surtout par l'angine scarlatineuse pultacée. Dans la pharyngite pultacée, la paroi postérieure du pharynx est quelquefois tapissée par une couche de mucus épais et jaunâtre que j'ai vu prendre pour des concrétions membraneuses, mais qu'il suffit de détacher par le frottement d'un doigt ou d'une cuiller pour en reconnaître immédiatement la nature. D'un autre côté, le gonflement inflammatoire des amygdales qui caractérise la pharyngite pultacée s'accompagne assez souvent de petits points d'exsudation jaunâtres, occupant les lacunes des tonsilles, et qui sont pris trop souvent pour des concrétions diphthériques commençantes. Je ne saurais trop insister sur la méprise conduisant, comme je l'ai vu, à alarmer hors de raison, et à user d'un traitement à la fois pénible et inutile. Le siège même des lésions est au niveau des follicules, et l'examen au microscope de la muqueuse qui les constitue et qui la montre composée de matière sébacée et de cellules étiées concrètes, lèveront tous les doutes. — Les concrétions pultacées sont blanches, opaques, caséiformes ; elles se laissent facilement détacher et ne prennent ni l'aspect lichénoïde, ni la cohérence d'une fausse membrane diphthérique. Elles peuvent être étendues aux amygdales, au voile palatin et aux parois du pharynx, où leur couleur contraste avec la rougeur de ces différentes parties. Un autre caractère distinctif de ces concrétions est de n'avoir aucune tendance à se propager dans les conduits aérifères (voies nasales). J'insiste sur ces caractères locaux, parce que ce sont les plus importants. La concomitance de l'éruption scarlatineuse est une donnée importante qu'il faut toujours rechercher avec soin pour déterminer la nature de l'angine ; il faut se garder toutefois d'attacher à la présence de la scarlatine, ou à son absence, une importance exclusive ; car la diphthérie peut exister sans la scarlatine, et l'angine scarlatineuse pultacée peut exister sans la scarlatine dans le cours d'une épidémie de scarlatine. J'ajouterai de plus que, d'après les observations des plus compétents, il est parfois impossible d'établir la distinction entre la pultacée ou diphthérique de l'exsudation. Le microscope lui-même ne peut, dans les deux cas, donner une identité de composition des parties. On voit que, s'il est quelquefois facile de distinguer les exsudations pultacées de celles de la diphthérie, cette distinction ne paraît pas être dans un certain nombre de cas. — L'angine diphthérique, abandonnée à elle-même, se borne quelquefois au pharynx, et présente un aspect des plus particuliers qui, suivant Bretonneau, peut simuler un cancer ulcéré du pharynx. — Dans la stomatite couenneuse, la diphthérie constitue la stomatite couenneuse, la stomatite diphthéritique de Bretonneau, et la stomatite ulcéro-membraneuse de Ricord et Riilliet. Les fausses membranes s'observent le plus souvent sur la muqueuse, plus rarement sur les joues, sur la partie interne des lèvres ou sur la muqueuse, et n'occupent ordinairement qu'un côté de la bouche, surtout le

gauche (Taupin, Barthez et Rilliet), sans atteindre la voûte palatine; elles res-  
 ordinairement bornées à une surface peu étendue, et limitées à la ca-  
 buccale; ou bien, au contraire, suivant Bretonneau, elles gagnent le pha-  
 et le larynx. La muqueuse est ordinairement ulcérée sous les exsudat-  
 couenneuses; c'est tantôt l'ulcération, tantôt l'exsudation qui prédomine.  
 plaques, irrégulièrement arrondies, d'une étendue variable entre celle  
 petit aphthe et celle d'une pièce de deux francs, ont des bords rouges, viol-  
 mous et saignants, une surface inégale, et la concrétion, enlevée avec p-  
 découvre une ulcération saignante plus ou moins profonde. L'ulcération  
 occuper aussi le bord des gencives, et être entourée d'une zone blanc-  
 fausse membrane, qui est séparée de la partie saine de la muqueuse p-  
 ligne proéminente d'un rouge foncé: c'est la stomacace diphthéritique d-  
 Bre-  
 tonneau. Le déchaussement et l'ébranlement rapide des dents peuvent en être la  
 conséquence. Les ganglions sous-maxillaires du côté malade sont plus ou moins  
 tuméfiés, l'haleine est toujours plus ou moins fétide; la joue peut être gonflée  
 au niveau de la lésion; rarement il y a une salivation abondante. Au reste, la  
 physionomie ou l'ensemble de la maladie varie beaucoup suivant les épidémies,  
 et l'on ne peut avoir la prétention de faire une description générale applicable à  
 toutes.

Quoi qu'il en soit, la diphthérie buccale se distingue facilement du muguet,  
 dont les concrétions, d'un blanc de lait, débuent par points isolés et non par  
 plaques; elles se laissent facilement enlever en découvrant une muqueuse rouge  
 munie de son épithélium; elles occupent indifféremment la langue, les joues et  
 les gencives, et enfin elles montrent au microscope un végétal parasite (*Toidium*  
*albicans*).

La *gangrène de la bouche* ou *noma*, qui atteint rapidement toute l'épais-  
 seur de la joue, ne sera pas confondue avec la diphthérie buccale; mais il y a une  
 variété de gangrène grise de la muqueuse, dont les détritres sont insaisissables  
 à la pince, suivant Bouley et Caillault (*Gaz. méd.*, 1852), et qui a été consi-  
 dérée à tort comme la stomatite ulcéro-membraneuse. Il est clair que cette  
 fluidité des détritres de la muqueuse et ses éléments histologiques visibles au  
 microscope empêcheront toute méprise. Le microscope tranchera également la  
 question de savoir si une stomatite pseudo-membraneuse est ou non *gangrè-*  
*neuse*, les débris montrant les éléments normaux des parties atteintes dans le  
 cas de gangrène (E. Barthez), au lieu de la fibrine des concrétions diphthériques.

Bretonneau a signalé la difficulté de distinguer la *stomatite mercurielle*  
 d'avec les productions couenneuses de la véritable diphthérie. Cependant,  
 suivant cet observateur, les exsudations mercurielles sont moins bien circon-  
 scrites que celles dues à la diphthérie; elles ne forment pas d'expansions liché-  
 noïdes comme elles, et leur origine est facilement établie par les anamnes-  
 tiques du traitement, auxquels il est presque toujours facile de recourir. —  
 Enfin il faut se garder de confondre, comme l'a fait remarquer Isambert, la  
 stomatite diphthérique qui occupe les gencives avec la *pyorrhée alvéole-*  
*dentaire*, décrite par Toirac, affection qui est essentiellement locale et qui  
 consiste en une ulcération de la sertissure des dents, avec la sortie d'un pus  
 sanguinolent de l'intérieur de l'alvéole: cette maladie, très-fréquente à l'hôpital  
 des enfants, est presque générale dans l'armée, suivant Bergeron.

Lorsque les fausses membranes occupent partiellement les portions  
 de la *muqueuse nasale*, on pourrait les prendre pour des *ulcérations*  
*tiques*; car de part et d'autre il y a fausse membrane et engorgement  
 glions cervicaux. Mais la diphthérie des fosses nasales a une marche  
 sensible



lement aiguë, tandis que celle de la lésion syphilitique est essentiellement chronique : ce caractère, auquel on en pourrait ajouter d'autres, suffit à lui seul pour faire éviter la méprise.

Quant à la diphthérie de la *conjonctive oculaire* et à celle du *conduit auditif*, de la *vulve* ou de l'*anus*, ces localisations motivent des erreurs de diagnostic. La pseudo-membrane de l'*ophthalmie des nouveau-nés*, semblable à celle de la diphthérie sous le microscope, s'en distingue par sa transparence, son peu d'épaisseur et son défaut d'adhérence à la muqueuse oculaire, d'où on la détache tout d'une pièce (Chassaignac). Quant à la diphthérie vulvaire, on l'a prise quelquefois pour une lésion *syphilitique*. Pareille méprise pourrait bien se commettre lorsque la diphthérie occupe l'anus.

Du côté de la *peau*, il sera presque toujours facile de reconnaître la diphthérie au niveau des excoriations ou des plaies : vésicatoires, bords d'abcès ouverts, ulcérations diverses, piqûres de sangsues, excoriations intertrigineuses ou du mamelon des nourrices allaitant un enfant atteint de diphthérie. On peut cependant commettre des méprises au niveau des vésicatoires. D'une part, les cantharides peuvent donner lieu sur les muqueuses à des concrétions absolument semblables aux concrétions diphthériques; et, d'un autre côté, il est reconnu que les vésicatoires peuvent se recouvrir de véritables couennes de cette dernière espèce. Or, il n'y a, comme caractère propre à la diphthérie, que l'extension de la plaie superficielle et des pseudo-membranes, extension due à l'inflammation phlycténoïde des parties voisines, comme l'a constaté Trousseau. L'existence d'une épidémie de diphthérie, pendant laquelle on verra un vésicatoire se recouvrir d'une production pseudo-membraneuse, sera aussi une circonstance qui fera fortement soupçonner qu'il s'agit d'une couenne diphthérique; et, en pareil cas, le soupçon a son importance, puisqu'il conduit à un traitement rationnel.

Lorsqu'on ne peut constater directement l'existence de la concrétion diphthérique, comme dans les cas où elle se développe dans la profondeur des *fosses nasales*, du *pharynx* ou dans les *voies aériennes*, elle n'est plus le point de départ du diagnostic, si les débris de la fausse membrane ne sont pas expulsés au dehors.

On ne saurait trop recommander, avec Bretonneau, de se défier, en temps d'épidémie surtout, des *coryzas diphthériques*, qui peuvent d'abord ne différer en rien d'un coryza simple, et qui se révèlent ensuite très-rapidement par des accidents graves résultant de l'extension de la maladie au pharynx et au larynx. Il est donc essentiel d'explorer toujours le pharynx avec le plus grand soin, d'être en un mot toujours en éveil pour surveiller l'envahissement du mal local. Bretonneau a fait remarquer que le coryza diphthérique s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire qu'il faut rechercher par la palpation *au-delà de l'angle de la mâchoire inférieure, au-dessous du lobe de l'oreille*, et de là sur les parties latérales du cou. S'il y a engorgement des ganglions lymphatiques, il est très-probable qu'il existe un coryza diphthérique; cela est certain, dit Bretonneau, si la peau de la lèvre supérieure est rougie seulement sous la narine qui correspond au côté de l'engorgement ganglionnaire.

S'il existait en même temps que le coryza un état général grave que n'expliquerait pas l'état apparent des organes : de la prostration après des frissons ératiques, du malaise, de l'anorexie, un pouls fréquent, peu développé, etc., on pourrait se demander si l'on doit soupçonner l'existence d'une *rougeole*, ou bien redouter une de ces diphthéries constituant une sorte d'intoxication dès le début, et que tous les traitements locaux ou généraux n'ont pu jusqu'ici enrayer

dans leur marche rapide et fatale. C'est dans des cas pareils que l'expulsion lambeaux de fausses membranes est utile pour confirmer le diagnostic. Si même état général grave se rencontrait avec une dysphagie dépendant d'une pharyngite diphthérique profonde, on pourrait croire à une scarlatine à début. Mais un symptôme qui est ici de la plus grande valeur, et qui peut confirmer dans le diagnostic d'une affection diphthérique, c'est la *tumescence considérable et parfois très-rapide des ganglions sous-maxillaires*, qui devra faire soupçonner et même affirmer qu'il existe une diphthérie si l'affection est régnante. Ce signe, de très-grande valeur, depuis qu'il a été signalé par Bretonneau, ne devra pas, comme cela est arrivé, être confondu avec de simples oreillons.

Il me resterait à parler des cas dans lesquels la maladie débute d'emblée par le larynx, s'il ne s'agissait simplement alors du diagnostic du CROUP, dont il a été traité dans un article spécial auquel je renvoie. Je ferai seulement remarquer que la suffocation qui survient dans la diphthérie n'est pas toujours un signe de diphthérie localisée dans les voies aériennes, mais que l'asphyxie peut se montrer comme conséquence du gonflement périganglionnaire du cou étendu au pharynx et aux voies aériennes, et constituant une sorte d'œdème dur, comme j'ai eu la triste occasion de le voir chez notre infortuné confrère Valleix. Bretonneau, dans le traité duquel on trouve tant de détails intéressants sur la diphthérie, a entrevu l'influence de l'œdème, au moins comme cause secondaire d'asphyxie, lorsqu'il se demande si la fluxion œdémateuse de tous les tissus voisins du larynx et de la trachée n'agit pas dans le même sens que la fausse membrane croupale (*ouv. cité*, p. 235).

J'ai parlé plus haut des phénomènes généraux de la diphthérie qui ont été principalement observés il y a quelques années, et qui sont tantôt proportionnés à l'intensité des accidents locaux, et tantôt très-prédominants dès le début. Dans le premier cas, les phénomènes locaux seront la base du diagnostic; dans le second cas, en supposant même que la concrétion diphthérique ne puisse être aperçue, il existera toujours quelques symptômes locaux, principalement dysphagie et le développement peu ordinaire des ganglions sous-maxillaires, qui viendront révéler la nature de la maladie, surtout en temps d'épidémie.

Si les symptômes ou signes locaux sont les principales données du diagnostic, ces données ne sont pas les seules. D'abord la connaissance de certaines causes de la diphthérie est quelquefois d'une grande valeur : telles sont l'existence d'une épidémie régnante de la maladie, et, dans certains cas, la contagion, qui ne saurait plus être niée, et dont on a eu de trop fréquents exemples dans le cours médical. Cette contagion, qui heureusement n'est pas constante, a-t-elle lieu par l'air (miasmes) ou par inoculation directe? Le premier mode est parfaitement démontré, le second me semble l'être aussi par le fait de Paterson rappelé au commencement de cet article.

Une circonstance capitale dont il faut tenir compte dans le diagnostic de la diphthérie, c'est son invasion primitive ou secondaire. Elle n'est pas toujours facilement reconnaissable lorsqu'elle se développe secondairement dans le cours d'une autre maladie, comme la diphthérie bronchique observée dans l'épidémie de grippe de 1837, par Nonat (*Arch. de méd.*, 1837, t. XIV). La diphthérie peut se développer d'ailleurs dans une foule d'autres affections fébriles qu'il serait trop long d'énumérer, mais parmi lesquelles je rappellerai seulement les *fièvres éruptives* et l'*affection typhoïde*. Ces particularités étiologiques ont été confirmées récemment par Péter (*Gaz. hebdom.*, 1866). C'est surtout dans la scarlatine, comme je l'ai dit précédemment, que son diagnostic présente des



dtés, en raison de la présence des concrétions pultacées non diphthériques si fréquentes dans cette affection.

J'ai pas non plus à traiter, au point de vue du diagnostic, du *siège* si varié des diphthériques, ni de leur étendue : ce sont des particularités qui découlent suffisamment des développements dans lesquels je suis entré précédemment. Mais il me reste à parler de certaines formes et des différents degrés d'intensité de la diphthérie.

On a fait autant d'espèces de diphthéries qu'il y a de parties principales que les lésions locales peuvent envahir d'emblée : fosses nasales, pharynx, larynx, trachée, bronches, surface cutanée, etc., et l'on a surtout insisté sur les cas où le pharynx se prend d'abord (croup primitif) ; mais il est évident que ces divisions multipliées, qui doivent être prises en considération pour le diagnostic, ne sauraient servir de base pour des distinctions nosologiques, la maladie étant une, mais variable dans ses modes de manifestation. Bretonneau a, dès le début de ses recherches, mis en évidence ce dernier fait. Il ressort de ses travaux que la maladie, qu'il croyait d'abord toujours épidémique, pouvait aussi être sporadique. Il a décrit sous les dénominations d'*angine couenneuse commune*, d'*angine membraneuse ou polypeuse sporadique*, de *diphthérite locale sporadique*, de véritables diphthéries localisées, ne présentant pas de tendance à l'envahissement qu'il avait observée dans les épidémies.

La première, l'angine couenneuse commune, qui mérite seule d'être signalée, décrite par Bretonneau comme se réduisant souvent à une légère indisposition dans laquelle l'*herpès labialis* coïncide avec l'érosion couenneuse à la surface de l'une des amygdales, avec tuméfaction médiocre, rougeur peu étendue circonscrivant la tache blanche, gonflement douloureux, mais non exagéré des ganglions lymphatiques, état fébrile, douleurs vagues dans les articulations, anorexie. Dans un Mémoire important, Gubler a considéré la concrétion pharyngée alors observée comme la conséquence de l'herpès dont une plaque, siégeant sur l'amygdale, fournirait l'exsudat pseudo-membraneux. Trousseau a adopté cette opinion ; il insiste pour le diagnostic différentiel avec la véritable diphthérie pharyngienne, sur le mouvement fébrile du début, et sur la coïncidence de l'éruption herpétique au niveau de la muqueuse buccale ou des lèvres. Mais l'herpès n'occupe que le pharynx et qu'il est masqué par les concrétions, le diagnostic est plus difficile et se fonde surtout sur la fragilité de l'exsudat blanc jaunâtre, qui se laisse facilement enlever, en laissant à nu une exulcération plus ou moins étendue. Trousseau insiste sur la transformation possible de cette angine herpétique en angine diphthéritique vraie (*Clinique méd.*, t. II, p. 433). Il ne faut pas conclure de l'existence de l'angine herpétique dont on a fait d'être question, que tout herpès aigu fébrile, même très-étendu, est le précurseur de cette angine, car plusieurs faits que j'ai observés m'ont démontré qu'une éruption simplement vésiculeuse d'herpès peut exister à la gorge.

Peut-on voir dans toutes les formes de la diphthérie autre chose qu'une différence de siège ou d'intensité de la maladie ? Je ne le pense pas. La *diphthérie localisée* sans tendance envahissante, comme l'angine diphthéroïde de Lasègue (*traité des angines*, 1868), celle qui s'étend rapidement à une vaste surface, et enfin celle qui s'accompagne des symptômes généraux d'une *intoxication grave*, sont les trois types principaux de la diphthérie, types dont on ne tient pas assez compte dans l'interprétation des faits observés, et entre lesquels il y a des nuances nombreuses. Je dois ajouter que le regrettable Gillette, qui devait périr victime de la diphthérie contractée auprès d'un enfant, a signalé une forme *hémorragique* dans laquelle, outre les fausses membranes, il y aurait des



perles de sang plus ou moins inquiétantes (*Soc. des hôp.*, sept. 1858). (forme est exceptionnelle).

Parmi les *complications* de la diphthérie, on doit ranger la *gangrène*, dans quelques faits rares, peut coïncider avec la présence des fausses membranes, et l'*asphyxie*, qui est la conséquence de la diphthérie des canaux piratoires. Mais il y a, en outre, des *accidents consécutifs*, qui doivent être rapprochés de leur véritable cause. Ce sont les *paralysies diphthériques* *ulcérations cutanées*.

Les *accidents paralytiques* consécutifs, signalés en partie depuis long et dont Littre a rapporté la première indication à Hippocrate (*Bullet l'Acad. de méd.*, juin 1861), ne sont bien connus que depuis la publication des intéressantes recherches de Maingault (*Thèse*, 1854; *Mémoire sur la paralysie diphthérique*, 1860). Sur quatre-vingt-dix observations de par qu'il a pu réunir, il a noté, isolées ou combinées, les variétés suivantes, les plus fréquentes : paralysies du *voile du palais*, paralysies *générales amauroses*, plus rarement des paralysies des muscles de l'œil (*strabisme*), des muscles du *cou* ou du *tronc*, des troubles isolés de la *sensibilité*, *phrodisie*, la paralysie du *rectum*, et enfin la paralysie de la *vessie*. Il a rencontré comme paralysies de ce genre, outre celles du pharynx et du palais, qui sont les plus communes, les paralysies du tronc et du diaphragme la paraplégie, l'aphonie (*Arch. de méd.*, 1862, t. XIX). Cette simple énumération n'a pas besoin de longs commentaires. Il me suffira de rappeler la connaissance de la diphthérie, comme antécédent, plusieurs semaines l'invasion de la paralysie, en révélera facilement l'origine, maintenant est bien connue. La paralysie du voile du palais marque presque toujours le début de ces accidents consécutifs, dont la marche est lente et progressive. Les paralysies si diverses ont été prises pour des paralysies *hystériques*, *syphilitiques*, pour la *paralysie générale progressive*, la *myélite*, pour la *méningite tuberculeuse*, et même l'*idiotie* (?), suivant la prédominance et le groupement des phénomènes observés. Selon Em. Bernard, ces paralysies ne sont propres à la diphthérie et se remarqueraient à la suite des maladies en général (*Thèse*, 1860). C'est ce que Gubler avait déjà très-bien dit (*Arch. gén. de méd.*, 1860, t. XVI).

Trousseau a depuis longtemps décrit, comme accidents consécutifs de la diphthérie aiguë, des *plaies chroniques* qui ont quelque analogie avec les ulcérations syphilitiques; de part et d'autre, en effet, leurs bords sont élevés, et le fond est recouvert d'une fausse membrane. Mais les plaies diphthériques ne doivent pas leur profondeur à une perte de substance; l'enfoncement n'est qu'apparent par suite du gonflement inflammatoire des bords. Ici la connaissance des antécédents fera éviter la méprise. — Enfin Gerhardt a signalé, comme indépendante des paralysies du pharynx, une *dysphagie persistante* due à un rétrécissement de l'œsophage consécutif à la diphthérie dont il a rapporté des exemples (*Union méd.*, 1860, t. I).

3° *Pronostic*. — Le pronostic de la diphthérie est grave. Il ne l'est pas seulement par le siège occupé par les fausses membranes, dont l'accumulation entraîne la mort en obstruant mécaniquement les conduits respiratoires (asphyxie), ou par leur abondance et leur putréfaction dans le pharynx et les fosses nasales. La gravité de la maladie se déduit encore : de l'état général caractérisé, dans certains cas, la diphthérie (intoxication); de l'engorgement considérable des ganglions lymphatiques cervicaux, signe local le plus caractéristique de cette forme générale de diphthérie; de la multiplicité des localisations.

de l'extension progressive des fausses membranes, que l'on doit toujours craindre, mais que l'on ne peut prédire d'une manière positive.

Certaines constitutions épidémiques, dans lesquelles les cas graves sont rares et nombreux, doivent faire redouter une terminaison funeste pour ceux qui paraissent d'une bénignité apparente; et lorsque, dans les mêmes circonstances, la maladie ne détermine des symptômes généraux de prostration dès le début, on ne peut redouter une issue fatale. Il en est de même de la diphthérie survenant au cours d'une autre maladie ou de celle compliquée de gangrène.

Il n'y a que peu de mots à dire des signes favorables de la diphthérie, et sur la plupart, sont les signes contraires des signes fâcheux que je viens d'énumérer. Il est clair que le pronostic sera moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, si la lésion locale est limitée et reste telle, si elle n'atteint pas les vaisseaux aériens, si l'état général n'est qu'à peine influencé, si les ganglions lymphatiques du cou ne sont que légèrement engorgés, si la localisation n'est que multiple, si la maladie est sporadique, ou si la constitution épidémique ne se manifeste que par des cas peu graves, et, enfin, si la diphthérie est sans complication. Mais je me hâte bien vite d'ajouter qu'il n'est pas d'affection plus insidieuse dans sa marche, et que, dans les cas en apparence les plus bénins au premier abord, il faut toujours faire ses réserves pour les accidents ultérieurs, et se tenir sur ses gardes.

Le pronostic, au point de vue de la contagion, est une question délicate à résoudre. On a dit à tort que l'angine diphthérique la plus grave, celle qui se complique et s'accompagne d'un empoisonnement général de l'économie, est la plus contagieuse. Il me paraît résulter des faits connus que l'affection peut être contagieuse, *quelle que soit sa forme*, dans le cours d'une épidémie. Dans l'épidémie de 1855, Henri Blache contracte la maladie en restant auprès d'un enfant atteint de croup, et il ne communique la diphthérie si grave qui l'a atteinte à aucune des nombreuses personnes qui l'ont entouré de leurs soins assidus. Valleix visite un jeune garçon atteint d'une diphthérie croupale, laquelle cet enfant succombe; une jeune fille qui donnait des soins à cet enfant est prise d'une pharyngite couenneuse légère que traite encore Valleix, et dans le cours du traitement qu'il contracte sa dernière maladie, évènement la plus grave de ces trois diphthéries successives, et cependant son mal ne se communique à personne de son nombreux entourage pendant toute la durée de sa maladie. On s'est donc trop avancé en disant d'une manière absolue que la contagion était en raison de la gravité de la maladie en dehors de l'asphyxie croupale; c'est ce qu'ont démontré d'ailleurs les recherches de (Thèse, 1859).

**PHTHÉROÏDE** (Angine). — Forme de diphthérie pharyngienne ne se communiquant pas au larynx malgré sa marche lente. Décrite dans ces derniers temps par le professeur Lasèque avec beaucoup d'exactitude (*Traité des angines*, 1868).

**DIPLOPIE**. — En dehors de l'importance qu'elle peut avoir comme phénomène des affections des yeux proprement dites, la diplopie intéresse le médecin non spécialiste comme conséquence du strabisme accidentel que produisent certaines paralysies des nerfs de l'œil.

Dans ce rapport, la diplopie présente plusieurs variétés. Les deux images sont horizontalement placées, ou bien elles sont superposées, ou enfin l'une d'elles peut être inclinée par rapport à l'autre. Ces variétés de diplopie ont une signification différente suivant quelques observateurs; c'est ainsi que Denonvilliers, en faisant toutefois des réserves, donne la superposition des

images comme se rapportant à la paralysie du muscle pathétique ou du nerf de la quatrième paire qui l'anime, et que Longet attribue à cette dernière par la superposition et l'inclinaison d'une des images. Mais Baudot (*Union* : 1859) a fait remarquer avec raison qu'il faut simplement, pour la superposition des images, que les globes oculaires ne soient plus dans le même plan horizontal, et, pour l'inclinaison d'une image, que l'un des globes oculaires ait une rotation autour de son axe antéro-postérieur. Or, cela explique cette superposition et cette inclinaison ne sont pas le signe exclusif de la lésion du nerf de la quatrième paire, mais bien aussi celui de la paralysie troisième paire (moteur oculaire commun).

**DIURÈSE.** — Voy. URINES.

**DOULEUR.** — Comme toute autre sensation, la douleur ne saurait convenablement être définie ; mais elle n'en est pas moins un élément important de diagnostic, soit comme signe servant à reconnaître les maladies, soit comme cause d'erreur, suivant les circonstances.

Comme tout autre signe ou symptôme, la douleur présente à considérer ses caractères, ses conditions pathologiques et sa signification.

**1° Caractères.** — Il ne faut jamais perdre de vue, dans l'étude de la douleur, qu'elle peut être *spontanée*, ou *provoquée* par les mouvements volontaires, comme par les manœuvres exploratrices. Lorsqu'elle est spontanée, elle peut être accidentelle et plus ou moins rapide, ou bien continue. Dans le cas où elle est provoquée par l'exercice fonctionnel ou par l'exploration, elle ne se montre que dans ces circonstances particulières, ou bien elle exaspère une douleur déjà existante. Dans ces différents cas, l'intensité de la douleur est extrêmement variable depuis la douleur sourde et à peine sensible, une simple gêne pénible, un engourdissement, un fourmillement, une sensation de pesanteur incommode, jusqu'à la douleur très-aiguë qui arrache le malade, et dont l'intensité peut être telle que la décomposition des muscles, une sueur froide, une agitation extrême, une syncope, ou bien encore des convulsions, en soient les conséquences immédiates. Comme intermédiaires à ces degrés extrêmes ou même comme caractères du degré le plus élevé, on a appelé la douleur piquante, dilacérante ou déchirante, cuisante, brûlante, térébrante, etc., pour exprimer autant que possible ses différentes variétés. On l'a aussi comparée à une torsion, à une morsure d'animal, à des contractions pénibles plus ou moins régulières (douleur pulsative), et, lorsqu'elle est intermittente et rapide, à un éclair (douleur fulgurante). La marche de la douleur présente aussi des caractères très-différents, suivant qu'elle revient ou non par crises régulièrement intermittentes, suivant qu'elle se termine subitement ou qu'elle se développe d'une manière graduelle ; et il en est de même de sa terminaison. Enfin sa durée est plus ou moins prolongée, aiguë ou chronique, sans nécessairement comprendre par ce dernier terme une nuit complète de la douleur, qui peut présenter des rémissions plus ou moins prolongées.

Le délire est un obstacle insurmontable à l'étude des douleurs dans un grand nombre de cas, ainsi que le docteur Louis en a fait la remarque.

**2° Conditions pathologiques et signification.** — Les sensations douloureuses, comme toutes les autres sensations, sont le résultat de modifications vitales intimes qui nous échappent dans leur essence, mais dont la cause pathologique est le plus souvent saisissable. Cette question d'origine est la première que le médecin ait à formuler en présence d'une douleur se présentant comme symptôme de maladie. La douleur s'offre alors dans l'une des deux conditions

ivantes : 1° Elle est le seul signe observé. 2° Elle constitue seuls principaux symptômes de la maladie.

ipalement lorsque la douleur se présente comme symptôme unique ostic est parfois difficile à formuler. Pour le faciliter, on devra ercher si la douleur siège dans un des tissus ou des organes com- s les régions extérieures (peau, muscles, vaisseaux, nerfs, tissu ien dans les organes splanchniques. Cette distinction anatomique a douleur est toujours extrêmement importante.

de reconnaître d'abord que la douleur occupe la peau, sans qu'il n apparente, aux sensations douloureuses qu'augmentent le frôle- her et le pincement du tégument (DERMALGIE). — Les douleurs les *filets nerveux* qui rampent au-dessous de la peau (NÉVRALGIES) ables par leur direction dans le sens des branches nerveuses, par ions comme fulgurantes qui y surviennent spontanément, et par pression développe au niveau des points limités sous la pulpe du ont connus comme des foyers de douleur bien déterminés. — *aisseaux veineux* ou *lymphatiques* sous-cutanés sont le siège de lle est augmentée par une pression superficielle, qui fait percevoir, ier cas, un cordon résistant au niveau de la veine (*coagulation du vaisseau*), tandis qu'il existe une rougeur rubanée caractéristique le trajet des lymphatiques (*lymphangite*), si ces vaisseaux sont Les douleurs *musculaires* présentent cette particularité remar- es augmentent ou se manifestent dès que le malade veut faire exé- uscles les mouvements dont ils sont chargés, mouvements parfois isibles par le fait de la sensation douloureuse ainsi provoquée. Je sserver que les névralgies donnent quelquefois lieu à des douleurs mais que la prédominance des caractères de la névralgie fait faci- naitre leur origine. — Ces douleurs par les mouvements pourraient ribuées aux muscles, lorsqu'elles se passent dans les articulations; , dans ce dernier cas, que le médecin réveille la douleur en imprim- er mouvement de flexion ou d'extension, tout en recommandant au abandonner à lui-même, pour que le siège articulaire de la douleur méconnu. — Quant aux *os*, leurs douleurs se font principalement ans les affections chirurgicales, sauf dans l'*ostéomalacie*, la *syphilis nelle*, où le retour nocturne des douleurs dites *ostéocopes* et par- s leur donne un cachet particulier.

antes douleurs sont généralisées ou erratiques, ou bien partielles. sont généralisées ou erratiques, elles peuvent être un des premiers *ostéomalacie*, du *scorbut*, ou mettre sur la voie du diagnostic de *in saturnine*, de la *syphilis* (douleurs rhumatoides), de la *névral-* e, du *rhumatisme* chronique. — Localisée à la tête comme seul ent, une douleur atroce avec rachialgie marque le début de la ménin- -spinale épidémique et de beaucoup d'autres affections intra-crâ- y. CÉPHALALGIE). — Très-bornée au rachis, la douleur est souvent : *névralgie*, de *lésion de la moelle*, ou de *mal de Pott*. Elle est per- lébut du mal de Pott, à l'épigastre, suivant Taylor et Lee (*Amer. med.* 4). — Limitée au niveau du cœur, une douleur excessive révèle un *ine de poitrine*, et quelquefois elle est le signe caractéristique d'une *icieuse cardialgique*. — A la région lombaire, la douleur est sou- e du *rhumatisme* musculaire des lombes (*lombago*); elle peut, sous *oup de barre*, être le premier symptôme de la fièvre jaune; elle est

quelquefois violente comme début de la variole; enfin elle se montre ment pendant un effort dans le *tour de reins*. — On sait qu'au niveau du tré se montrent les *coliques*, dont le siège a été diversement interprété, les douleurs s'accompagnent rapidement d'autres symptômes dans la des cas.

Les caractères que présentent les douleurs des différents viscères ne ( pas, dans tous les cas, d'une manière assez sensible des douleurs super névralgiques ou musculaires, pour que l'on puisse par elles seules a idée nette de leur origine anatomique. C'est par des signes concomita les troubles fonctionnels, et surtout par les changements sensibles à l' tion physique, survenus au niveau d'un organe intérieur, que l'on peut naitre la véritable origine de la douleur. Ce qui démontre l'importance ( nomènes concomitants en pareilles circonstances, c'est l'obscurité q dans la science au sujet des *viscéralgies* ou névralgies des viscères, d quelles la douleur est le seul signe produit. Combien de fois n'a-t-on pour des viscéralgies des névralgies externes mal accusées ou mal rech et qui siégeaient dans les parois de la région du viscère que l'on croyait Une mention spéciale doit être faite des douleurs très-intenses que vrysmes de l'aorte abdominale produisent parfois en l'absence de to signe.

Je pourrais longuement m'étendre sur la signification des douleu rencontrent dans les maladies combinées à d'autres symptômes; mais en pareil cas, la douleur accusée par le malade ou constatée par l'explor médecin occupe une partie plus ou moins étendue, son siège est un inc cieux pour le diagnostic. A la région qu'elle occupe, en effet, corres certains organes; or, comme j'ai indiqué pour chacun d'eux les mal peuvent s'y montrer, on pourra rechercher à quelle affection on devra r la sensation douloureuse observée. Je n'ai donc qu'à renvoyer le lecte différents articles et à ceux qui sont spécialement consacrés à certain leurs, comme la CÉPHALALGIE, l'ARTHRALGIE, la PLEURODYNIE, etc. ( plus : ABDOMEN, POITRINE, NÉVRALGIES, RHUMATISME).

**DYNAMOMÈTRE.** — Voy. ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE,

**DYNAMOSCOPIE.** — Suivant Collongues, les actes intimes de moléculaire se manifesteraient par des signes particuliers perçus par l'a tion pratiquée au moyen du *dynamoscope*. C'est une tige de 10 à 1 mètres, construite en liège ou en acier, dont une extrémité est de l'oreille de l'observateur, et l'autre, creusée en forme de dé à coud recevoir le bout du doigt de la personne à examiner. On perçoit deux s bruits à l'aide de cet instrument : un bruit continu dit *bourdonnemen* crépitations survenant par intervalles irréguliers et appelées par l'autel lements ou *grésillements*. Le bourdonnement est un phénomène géni pétilllements n'existent qu'à l'extrémité des mains et des pieds.

Les données fournies par l'étude de ces bruits, étudiés avec beaucoup par Collongues, ne me paraissent pas assez importantes pour être utilis la pratique, si ce n'est peut-être pour la constatation de la *mort r* bourdonnement disparaissant graduellement des extrémités vers la régi cordiale et l'épigastre, où il ne cesserait que quatorze à seize heures mort.

Le bourdonnement paraît être dû à la contraction fibrillaire des ( Barth et Roger, *Traité d'auscult.*, 1860), ou plutôt à la *contraction mus tonique*. Ce n'est donc que le bruit rotatoire de Laennec. Quant aux



ts, qui, de l'aveu même de Collongues, ne s'observent qu'aux mains et aux pieds, cela s'explique aisément : selon moi, ces pétilllements sont produits par les tendons qui occupent principalement ces régions. Il m'est facile de montrer, en effet, qu'ils résultent du glissement saccadé des tendons dans leurs gaines. Car, si l'on s'applique la main à plat sur le côté de la tête, manière à en faire correspondre la paume au conduit auditif, on entend un bruit rotatoire ou bourdonnement continu, et, à de rares intervalles, les pétilllements ou grésillements de Collongues. Or, que l'on soulève lentement les doigts, non seulement pour les porter graduellement dans une extension forcée, et on produira des pétilllements de plus en plus nombreux et confluent, qui se manifestent sous l'oreille dans les gaines tendineuses, et qui deviennent plus forts dès que les doigts restent appuyés sur la tête. Les pétilllements, dans ces circonstances, sont dus sans doute à l'action tonique des muscles agissant sur les tendons.

Ces phénomènes dynamoscopiques sont donc simplement des phénomènes de contraction musculaire, non de celle qui produit les mouvements volontaires, mais de cette contraction tonique continue des muscles qui sert principalement à libérer ces mouvements, comme l'a démontré Duchenne. On conçoit dès lors parfaitement que l'absence des phénomènes dont il vient d'être question n'est pas un signe de mort réelle ou de paralysie, mais un signe beaucoup moins concluant, dans ce dernier cas du moins, pour être réellement utile au praticien.

**DYSENTERIE.** — La dysenterie est une affection fréquente dont la nature exacte est indéterminée, et qu'on ne peut, avec certains auteurs, considérer comme une simple inflammation du côlon, où siègent les manifestations anatomiques. C'est, dans presque tous les cas, une maladie aiguë; très-rarement elle est chronique.

#### **Dysenterie aiguë.**

**Éléments du diagnostic.** — Lorsqu'on a affaire à une dysenterie aiguë, on constate qu'il y a eu des coliques au début, puis des pressants et de défécation, de plus en plus fréquents, avec ténésme provoquant des efforts infructueux ou suivis de l'expulsion d'un peu de *mucus sanguinolent*, ou, *spumeux*, parfois mélangé d'aliments non digérés, et (dans des cas rares dans cette forme bénigne) de lambeaux de *fausses membranes*. Le ténésme est normal ou même ralenti dans cette forme de la maladie; mais il n'en est pas de même dans la *dysenterie grave*.

La *dysenterie grave*, en effet, est constamment *fébrile*, et presque toujours *toxémique*. Son début par la fièvre, rarement par les symptômes locaux, est si tellement subit, que les symptômes locaux et généraux atteignent tout à coup une très-grande intensité. Les coliques sont bien plus intenses que dans la forme bénigne, le ténésme est presque incessant, les selles liquides sont très-fréquentes, se montrent plus rapidement *mucoso-sanguinolentes* et plus abondamment imbibées de sang; elles exhalent une odeur très-fétide; quelquefois elles sont brunes, noires, ou séreuses et analogues à du frai de grenouille ou à de la bile de chair, mélangées assez fréquemment de pus si la maladie se prolonge, et de ces débris membraneux pris trop souvent par les malades pour des fragments d'intestin. Ces débris sont presque toujours de fausses membranes détachées des ulcérations, et, seulement dans des circonstances rares, de véritables fragments de muqueuse intestinale (Cambay). En même temps, il y a une altération profonde des traits, *défaillance*, *prostration*, pouls de plus en plus petit et fréquent, *sensibilité au froid*, embarras progressif de la circulation.

et de la *respiration* si la maladie doit se terminer par la mort, ou bien la *respiration* graduelle de l'ensemble des symptômes si elle doit guérir.

2° *Inductions diagnostiques.* — Les symptômes principaux de la dysenterie sont des douleurs vives, ténésme, selles fréquentes et mucoso-sanguinolentes, ne laissant aucun doute sur l'existence de la maladie ; mais cette simple constatation ne suffit pas au praticien. D'abord il doit déterminer, à l'aide des commémoratives, les conditions dans lesquelles s'est manifestée la dysenterie, et les causes étiologiques qui l'ont en apparence produite. Il ne faut pas oublier, en effet, que la dysenterie est *endémique* dans les pays chauds, qu'elle se déclare principalement en automne, chez des individus *débilisés* et de *tout âge* ; qu'on l'attribue à des variations brusques de *température*, à un *régime insuffisant*, à l'usage de *des irritants* et des *purgatifs*, à la présence de *scybales* dans l'intestin, à des *passions tristes*, à l'inspiration de *miasmes putrides* ou d'*effluves miasmatiques*, et enfin à la *contagion*. Les données étiologiques sont importantes pour déterminer, principalement lorsqu'il y a intoxication miasmatique ou contagieuse, malheureusement la question n'est pas alors facile à décider. On ne perd de vue non plus que la dysenterie est quelquefois secondaire, comme cela se voit l'on voit survenir dans le cours de la *variole* (entérite dysentérique).

La dysenterie aiguë ne peut pas être confondue avec une simple ENTÉRITE avec des HÉMORRHOÏDES, ni avec une affection chronique avec selles sanguinolentes (*cancer*). Cependant, chez les enfants, la dysenterie peut être simulée par un *polype* développé à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus, qui donne lieu au ténésme et à des selles sanguinolentes tout à fait semblables à celles de la dysenterie ; mais ici il y a en même temps des selles de matières fécales dures, *cannelées* par leur passage sur le polype, et, de plus, le patient peut se montrer dans les efforts de défécation, ou être senti par le doigt introduit dans le rectum (Barthez et Rilliet).

La dysenterie reconnue, on en détermine en même temps le *degré*. Quant à la *lésion intestinale*, il n'est pas aussi aisé d'en constater les progrès. Le diagnostic n'est possible, par l'examen des déjections, que lorsqu'il y a des ulcérations. Lorsque ces ulcérations se forment, en effet, les selles, d'abord sèches et striées de sang, deviennent séreuses, grumeleuses ; le sang est noir, et il y a des stries puriformes. Dans un certain nombre de cas, il est possible de constater la partie qui est le plus profondément atteinte, lorsqu'on examine, dans les dysenteries graves, il y a des ulcérations profondes. Il existe ordinairement, dans le point correspondant, une douleur fixe qui peut être révélée que par la pression, ou bien au moment de la défécation. Cambay a trouvée fréquemment au niveau de la fosse iliaque gauche en Afrique, que l'iliaque et le rectum sont plus profondément lésés que le reste du gros intestin ; tandis que, dans les Indes, c'est au niveau du cæcum que cette douleur est observée. Enfin du sang pur et isolé du reste des matières évacuées a presque toujours indiqué une large ulcération à la partie inférieure de l'intestin.

Outre les *formes* de la dysenterie basées sur la bénignité ou la gravité de la maladie, sur l'existence ou l'absence des troubles fébriles, sur la présence de fausses membranes dans les excréments, sur l'étendue plus ou moins considérable de la lésion, qui est quelquefois bornée au rectum, il y a quelques formes qui méritent une mention particulière et qui tiennent à des complications. Il y a la forme *hépatique*, signalée par Cambay, dans laquelle la maladie du foie (hépatite) s'annonce par des phénomènes hépatiques qui précèdent, accompagnent ou suivent ceux de la dysenterie elle-même ; la forme *influen-*

forme *intermittente*, liée à une intoxication pulvéruenne, comme l'on a vu, Morton, P. Frank, et qui peut caractériser la *fièvre perniciose* ou *typhoïde*. Il y a encore les formes *adynamique* ou *ataxique*, qui présentent à la dysenterie, les phénomènes d'adynamie et d'ataxie, et dont l'adynamie, a été particulièrement observée dans les camps et les prisons. On a admis aussi une forme *bilieuse*, dans laquelle sont réunis les symptômes de l'état *bilieux*. Trousseau a admis une forme *rhumatismale*, et une forme *putride et maligne*. Ces différentes formes s'observent suivant les épidémies; la forme hépatique est propre aux pays chauds.

Les complications peuvent survenir dans le cours de la dysenterie. Les complications heureusement rares, sont les *hémorrhagies intestinales* abondantes, les *ulcérations* qui atteignent un vaisseau d'un certain calibre, et la *perforation*, due aux progrès des ulcérations en profondeur. On a observé les *hémorrhoides* comme complication de la dysenterie, et les effets consécutifs, le *rétrécissement de l'intestin* par le fait de la répétition des ulcérations, donnant lieu à des alternatives de constipation et de diarrhée. Enfin on a signalé encore, comme conséquences, des *métastases* ulcéreuses et principalement aux genoux dans la forme rhumatismale, des *ulcères* partiels aux membres supérieurs ou inférieurs, et même à la face, comme à la suite d'un certain nombre de maladies aiguës graves).

**Prognostic.** — La dysenterie non fébrile est sans gravité. Elle est au contraire grave, en général, lorsqu'elle s'accompagne de symptômes généraux, surtout si elle est épidémique, ou s'il survient des complications. Suivant Trousseau, la dysenterie est la plus grave de toutes les maladies épidémiques (Méd., 1868, 3<sup>e</sup> édit., t. II).

#### **Dysenterie chronique.**

Les formes locales de la dysenterie chronique ne diffèrent de ceux de la dysenterie aiguë par l'intensité moindre des douleurs, une moins grande fréquence qui ne présentent pas constamment du sang, et qui sont souvent éphémères et fétides. L'appétit est capricieux, le ventre tantôt ballonné et tantôt rétréci; il n'y a pas de fièvre, mais une expression de langueur, un malaise croissant, de la sécheresse de la peau, de la sensibilité au froid, etc.

On a pu valablement avec raison la possibilité de confondre la dysenterie chronique avec le cancer de l'intestin; mais la confusion n'est possible que dans les cas exceptionnels, car le plus souvent l'existence d'une dysenterie aiguë et remontant ordinairement à une épidémie, suffira pour éloigner l'hypothèse d'affection cancéreuse. Si, de plus, il s'agit d'un sujet encore jeune et d'un pays chaud, où il a contracté sa maladie, on trouvera dans ces cas, comme dans les particularités de la maladie, des éléments suffisants pour se former une opinion.

Le pronostic de la dysenterie chronique a été dit presque toujours grave, et l'issue, après une durée d'un ou de plusieurs mois, ordinairement fatale. Cela n'est pas applicable à la dysenterie sporadique.

Sous les noms de *bicho*, *corrupoção*, *mal de ver*, *pourriture de ver*, etc., on a désigné comme une maladie particulière de certaines localités d'Afrique et d'Amérique, une simple complication de la dysenterie, attribuée à tort à un ver qui occupe le rectum et l'anus. Les accidents consistent en un relâchement du sphincter, un élargissement de l'anus, et un prolapsus de la muqueuse intestinale avec suintement de sanie, parfois des ulcérations et même la gangrène. Cette complication grave et spéciale aux noirs nouvellement importés de la

côte d'Afrique (d'Angola et de Mozambique) au Brésil, au Pérou, etc. et qui semble être devenue très-rare depuis l'abolition de la traite des noirs (Silva Lima). Le Roy de Méricourt, auquel j'emprunte ces détails (*Dict. encyclop. de méd.*, t. IX, art. ВІСНО), pense qu'on ne peut admettre ces phénomènes locaux comme caractérisant une maladie spéciale, mais comme la conséquence non-seulement de la dysenterie chronique, mais encore des congestions hémorrhoidaires, de l'usage abusif de purgations, de lavements, de bains de siège chauds, et des rapports contre nature si fréquents chez les nègres et les mulâtres.

**DYSMÉNORRHÉE.** — Les signes de la dysménorrhée sont les mêmes que ceux de l'AMÉNORRHÉE (p. 47) et de la CONGESTION UTÉRINE (p. 229); je n'ai donc pas à les rappeler de nouveau ici. Ces différents signes, qui peuvent ne durer que quelques heures, disparaissent ordinairement dès que l'écoulement sanguin menstruel s'établit; cependant on les a vus persister avec l'écoulement lent du sang, mais sans se prolonger après les règles.

On a signalé la *fluxion hémorrhédaire* comme pouvant être confondue avec la dysménorrhée, et l'on a donné l'absence de la turgescence douloureuse des seins, dans le premier cas, comme caractère distinctif. On peut y ajouter les signes locaux propres aux hémorrhôides, et l'absence de toute condition organique pouvant produire la dysménorrhée.

La constatation de ces conditions organiques est la question capitale de diagnostic de la dysménorrhée, lorsqu'elle existe. — Fréquente surtout dans les premières années de la menstruation, elle est souvent due plus tard à l'engorgement sanguin ou congestion de l'utérus, que l'organe soit sain d'ailleurs, ou bien le siège de granulations au niveau du col; à une métrite; à un polype ou à une autre affection organique. — Il faut d'autres fois chercher la cause de la dysménorrhée dans la présence d'un caillot ou d'une fausse membrane fibrineuse dans le col utérin, qu'ils obstruent momentanément. — Valleix et Kiwisch ont vu fréquemment la dysménorrhée résulter des antéflexions et des rétroflexions utérines, les parois fléchies étant en contact et empêchant le sang de s'échapper au dehors. — On a dénommé mécanique une dysménorrhée due à la contraction d'un point plus ou moins élevé de la cavité du col de l'utérus (Mackintosh et Oldham), contraction que certains auteurs ont cru produite par des cautérisations trop profondes faites sur le col ou dans son intérieur. — On a attribué à une altération du sang, et surtout aussi à l'hystérie, la production de la dysménorrhée, qui a été appelée dans ce dernier cas *hystérolgie cataméniale*. La névralgie lombo-utérine paraît être quelquefois aussi le point de départ de la dysménorrhée.

On voit par ce simple exposé combien il est important d'explorer l'utérus par le toucher, qui peut, aidé au besoin du spéculum, faire reconnaître les obstacles matériels à l'écoulement cataménial, les affections organiques et les congestions qu'elles provoquent, et enfin faire admettre une cause éloignée lorsque l'exploration ne démontre aucune des causes précédentes.

**DYSODIE.** — Voy. OZÈNE.

**DYSPEPSIES.** — Beau avait fait de la dyspepsie l'objet d'intéressantes recherches (Courtin, *De la Dyspepsie*, 1848,) lorsque Chomel publia sur le même sujet, vers la fin de sa vie (1857), un excellent livre pratique. Il a considéré la dyspepsie comme une maladie à formes diverses. Trousseau l'a envisagée comme un symptôme ou phénomène commun à un grand nombre de maladies (*Dict. de l'Hôtel-Dieu*, t. II). Les deux opinions sont vraies : la dyspepsie est un symptôme et une maladie comme l'anémie, l'albuminurie, etc. On doit l'examiner comme une maladie; son étude comme symptôme en ressortira.

rellement, surtout à propos des dyspepsies secondaires. Mais auparavant, paraît nécessaire de rappeler qu'un observateur lyonnais rejette l'existence de la dyspepsie comme affection stomacale. Se fondant sur des considérations anatomiques et physiologiques trop étendues pour être exposées ici, il place le gros intestin le siège des troubles dyspeptiques, en attribuant la prétendue localisation de siège au niveau de l'estomac à la superposition du colon transverse. Nous ne pouvons adhérer à cette théorie trop subtile (Bachelet, *Union méd.*). La dyspepsie reste pour nous un symptôme et une maladie se manifestant anatomiquement au niveau de l'estomac.

**Éléments du diagnostic.** — Pour Chomel, il y a des dyspepsies accidentelles (*indigestions*) et des dyspepsies *habituelles*. Ces dernières, les seules dont il s'agit ici, sont caractérisées par des troubles persistants des fonctions digestives, à formes très-variables, et indépendants de toute autre maladie appréhensible des organes de la digestion, de ceux qui concourent avec eux à cette fonction, et de ceux qui leur sont associés (Chomel). Ces troubles digestifs affectent principalement l'estomac ou les intestins. — Dans la *dyspepsie stomacale*, il survient immédiatement, ou peu après les repas, une souffrance localisée et de caractère très-variable en haut de l'épigastre, ou à gauche de l'abdomen, blanche au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, d'où elle s'irradie vers les parties voisines; elle est quelquefois soulagée par une pression modérée, augmentée par une pression forte. Il peut y avoir aussi *distension de l'estomac par des gaz*, qui sont expulsés par la bouche. — La dyspepsie intestinale peut se montrer seule, comme la précédente, ou exister avec elle, accompagnée par des douleurs locales un peu plus tardives, d'abord sourdes, puis vives, quelquefois avec sueurs froides et même défaillances, par vomissements et des soulèvements successifs des anses intestinales, par l'expulsion par l'anus de gaz fétides, puis de matières fécales mal élaborées, ou liquides; d'autres fois, les selles sont rares et fermes, il y a en un mot la constipation, si l'intestin grêle est spécialement affecté.

L'un et l'autre de ces derniers cas : *savueur désagréable, empatement de la langue, écoulement de la bouche, salive* peu abondante, formant une espèce de *écume blanche*, et sur la langue un *enduit* mince au milieu, convergeant vers la pointe, coïncidant avec l'*acidité* de la salive et de l'haleine, *vomissements*.

En outre, suivant Chomel, des phénomènes généraux dignes de la plus haute attention, et sur lesquels je reviendrai plus loin.

**Inductions diagnostiques.** — En supposant que l'on ait à se prononcer sur l'existence d'une dyspepsie en présence des données les mieux caractérisées, à savoir des troubles gastriques ou intestinaux que je viens de rappeler, le médecin ne présente pas de difficultés sérieuses; mais il s'en faut que la chose soit aussi simple qu'elle le paraît. Les phénomènes digestifs de la dyspepsie sont souvent incomplets de nombre, parfois même isolés, comme la douleur stomacale ou intestinale après les repas, le vomissement, les flatuosités, les éructations fétides, l'anorexie. Beau considère l'anorexie comme un phénomène presque constant, si l'on compare l'appétit à celui des époques antérieures. Il attache-t-il une grande valeur à ce signe, ainsi qu'à l'existence du *sillon nasal*, dans les cas douteux (*Voy. ONGLES*).

La connaissance des commémoratifs peut venir confirmer le diagnostic; ainsi, la *fréquence des repas* dans la vieillesse, leur *mauvaise distribution* à tout âge, l'*absence d'exercice* ou même d'*occupation*, la *faiblesse* ou *asthénie* des fonctions digestives, soit primitive, soit acquise par des influences débilitantes, les



excès et en particulier les excès de table habituels, le défaut de m (Mialhe), l'allaitement chez la femme, etc., seront ici d'une grande va

Mais pour atténuer les difficultés du diagnostic, il faut surtout av aux formes spéciales de cette affection, qui sont dues à la prédominan tains symptômes.

D'abord la *dyspepsie flatulente* se caractérise par une surabondan dans les organes digestifs, par la distension de ces organes, l'émissio par les voies supérieures et inférieures, par la saillie de l'estomac, se parfois extérieurement, par les troubles cardiaques signalés plus loir refoulement supérieur du cœur, sensible à la percussion jusqu'à l'e des gaz par la bouche, par des borborygmes, et une sonorité plus pron ventre, cessant par l'expulsion des gaz par l'anus. — Dans la *forme gique et entéralgique* de la dyspepsie, la gêne qui suit l'ingestion des dans les autres formes devient ici une douleur très-vive, arrachant pa cris-aux malades, suivie ou non de vomissements ou de selles fétid (GASTRALGIE). — Chomel donnait le nom de *boulimique* à une forme pepsie dans laquelle il y a un besoin de manger beaucoup et souven vomissements avant comme après l'ingestion des aliments. — Une aut plus fréquente que la précédente, est la *dyspepsie acide*, caractérisée vomissements plus fréquents que dans toute autre forme, par l'acidi salive (sensible à l'action du papier de tournesol), par l'odeur pénétra de l'haleine, des renvois de gaz ou des matières régurgitées ou vomie l'inappétence, du dégoût pour les substances acides, les boissons vin pour le sucre en particulier. — Existe-t-il une *dyspepsie alcali* laquelle il y aurait un dégoût prononcé de viandes et un *désir de bo* d'aliments acides? C'est une question que Chomel a posée sans la réso Enfin il admet une dernière forme : la *dyspepsie des liquides*, const la difficulté de les digérer, par leur accumulation passive dans l'estom: bruit de FLOT de la région stomacale, que l'on doit toujours recher Indépendamment de ces formes de dyspepsie, il en est une autre, car par la digestion incomplète des aliments, qui sont en partie rendus e par les selles. C'est l'*apepsie* de E. Barthez.

Plusieurs de ces différentes formes de dyspepsie ont des caractères l tranchés qu'il me suffira, pour compléter leur diagnostic, de rappelle dyspepsie flatulente, refoulant fortement les viscères thoraciques, n être confondue avec une affection de ces derniers organes; la dyspe tralgique ou entéralgique, avec des douleurs atroces survenant par ac certaines *affections cancéreuses* abdominales, et dans les coliques h ou *néphrétique*; la dyspepsie des liquides enfin, avec la *dilatation st* résultant du cancer de l'estomac, et, à plus forte raison, avec le *pneum thorax*, quoique donnant lieu au clapotement hydro-aérique. Il suffit procher ces affections pour en faire saisir les différences; mais la d acide, qui généralement ne présente pas de gravité, doit être rappelé sous le rapport du diagnostic, parce qu'il faut se garder de la confondre vomissement nerveux, qui est presque constamment funeste (Voy. V MENT nerveux). La dyspepsie acide se distingue de cette dernière affe la fréquence moindre des vomissements et la bénignité des symptômes vont, au contraire, en s'aggravant dans le vomissement nerveux jusqu'à rition des symptômes cérébraux qui, quelques semaines après le début nent la mort dans la plupart des cas.

Un point capital du diagnostic différentiel des dyspepsies est d'éviter

re une dyspepsie voilée, suivant l'expression de Chomel, par la prédominance des symptômes généraux ou sympathiques, qui sont souvent seuls par les malades.

Les troubles sympathiques ou réflexes sont : le changement de *caractère*, la *céphalalgie* (simple pesanteur ou migraine intense avec ou sans vomissements), les *névralgies*, de la *somnolence diurne*, un *sommeil agité* avec *fièvre* la nuit, l'*affaiblissement* de l'intelligence, des sens et des fonctions génitales; un sentiment d'*oppression*, des *palpitations*, et même l'*irrégularité des battements du cœur* sans la digestion sans aucun signe physique anomal. — La *céphalalgie*, si elle est en dehors d'une maladie du cerveau lui-même ou de ses membranes, trouve souvent son explication que dans la dyspepsie. — Il en est ainsi des *névralgies*, qu'il y ait ou non flatulence de l'estomac; elles sont parfois le seul *symptôme apparent*. Elles résistent ou s'aggravent même par les moyens employés pour les combattre, et notamment par la digitale. — La *fièvre* survient surtout aux repas, et surtout le soir et la nuit, après le dernier repas, est souvent dominante aussi. Sa forme quotidienne, qui est la plus ordinaire, et son intensité la nuit suffisent pour éveiller l'attention du médecin; mais ici, comme dans les cas précédents, la dyspepsie est certaine si à l'un de ces symptômes principaux se joint l'altération de la salive rappelée plus haut (Chomel). Le diagnostic se trouve justifié si les accidents disparaissent par l'amélioration du régime, c'est-à-dire la diminution d'aliments trop copieux, la régularisation des repas, etc.

Les dyspepsies peuvent encore être confondues avec d'autres maladies; mais il faut les distinguer des affections avec lesquelles il suffit de savoir que la confusion est possible pour l'éviter; tels sont : l'*embarras gastrique*, qui cède à un vomitif, la *gastrite* et l'*entérite aiguës*, les *maladies organiques* avancées de l'estomac, l'*épiploon* ou des intestins. Cependant, au début du cancer de l'estomac, il est facile de croire à une simple dyspepsie, et ce ne sera que par un examen attentif de l'ensemble des symptômes que l'on pourra trancher la question (CANCER de l'estomac).

Il faut donc insister sur la nécessité d'un examen sérieux du malade atteint de dyspepsie, afin d'établir si la maladie est primitive ou secondaire. D'abord les troubles digestifs *passagers* qui s'observent si fréquemment comme symptômes de *maladies aiguës*, ne sauraient être confondus avec la dyspepsie, qui est essentiellement persistante, quoique sujette à des rémittences. Mais il n'en est pas de même dans les maladies chroniques, lorsque les phénomènes dyspeptiques masquent la maladie principale. Telles sont les affections suivantes, selon Chomel : le *relâchement des parois abdominales*, suite d'ascite, et surtout de nombreuses grossesses; de petites *hernies épiploïques* de la ligne blanche, sans tumeur visible (et produisant principalement des vomissements rebelles); le *matisme* ou la *goutte* (dyspnée flatulente), et enfin la chlorose ou l'*anémie*. La dyspepsie par relâchement des parois de l'abdomen cesse par un moyen de contention (ceinture), et celle due à des hernies épiploïques à l'emploi d'un bandage analogue après leur réduction; mais ce sont là des données confirmatives de diagnostic plutôt que des signes qui y conduisent, car, pour avoir recours à un moyen de traitement, il faut avoir déjà reconnu le relâchement des parois abdominales ou la hernie, et soupçonné leur influence sur la dyspepsie. A ces dyspepsies secondaires signalées par Chomel, il faut ajouter celles qui accompagnent les *pertes séminales involontaires*, les affections *utérines* (Willenmin), le *rachitisme* à son début, et enfin l'*introflexion de l'appendice xiphoïde* de l'estomac, suivant Linoli (Voy. STERNUM).

Les dyspepsies ne suscitent pas de complications. Cependant, suivant Beau les troubles digestifs et sympathiques seraient toujours suivis d'anémie ou pléthore séreuse, puis d'hypochondrie. Mais ces faits, connexes et succédant pour Beau, ne sont pas réunis dans la généralité des faits; ils sont loin même d'être fréquents.

3° *Pronostic.* — Le pronostic des dyspepsies n'est jamais grave, même quand elles se prolongent très-longtemps ou même autant que la vie. Ce n'est que par exception que la mort survient, et, quand on voit apparaître à longue du dépérissement, on doit, suivant le précepte si sage de Chomel, toujours se demander et rechercher journellement si la dyspepsie n'est pas symptomatique, et si l'on ne se trouve pas en présence d'une de ces lésions si nombreuses et si diverses qui peuvent longtemps rester inaperçues et ne se révéler qu'à une époque plus ou moins éloignée de leur début.

**DYSPHAGIE.** — Ce mot, qui s'applique à toute difficulté plus ou moins grande de la déglutition, au niveau du pharynx ou de l'œsophage, est toujours un symptôme.

1° *Caractères.* — Outre le degré d'intensité que présente la difficulté dans l'accomplissement de l'acte de la déglutition, les caractères de la dysphagie varient suivant qu'elle a lieu avec ou sans douleur, avec ou sans conscience, suivant qu'elle est pharyngienne ou œsophagienne. Sans avoir de douleur, le malade peut sentir le point où siège la cause ou l'obstacle de la dysphagie, et désigner approximativement; d'autres fois, une douleur accompagne le passage des solides, des liquides, ou simplement de la salive, qui sont déglutis. Souvent cette douleur est vive. Si la dysphagie a lieu dans le pharynx, le malade exprime sa souffrance, momentanée comme l'acte qui la provoque, par une contraction caractéristique des traits du visage. Dans certaines conditions, qui seront mentionnées tout à l'heure, les liquides ou les aliments sont quelquefois rejetés en partie par le nez. Enfin, chez certains paralytiques ou aliénés, le bol alimentaire incomplètement divisé ou ramolli, obstrue quelquefois le pharynx par le fait de la dysphagie dont les malades n'ont pas conscience, et il peut en résulter une asphyxie plus ou moins rapide.

2° *Conditions pathologiques et signification.* — Les conditions pathologiques de la dysphagie sont très-variées. Elle peut résulter, en effet, non seulement de lésions locales, soit du pharynx ou de l'œsophage, soit des organes limitrophes, mais encore de maladies agissant directement ou indirectement sur la contractilité des parties qui servent à la déglutition.

Parmi les lésions locales s'accompagnant de dysphagie, on compte tout d'abord les PHARYNGITES, qui en sont l'origine la plus ordinaire, l'ŒSOPHAGITE avec ou sans abcès, les corps étrangers séjournant dans l'œsophage, les tumeurs (polypes, cancers, anévrysmes) agissant en rétrécissant l'œsophage. Parmi les maladies éloignées qui agissent sur la contractilité du pharynx ou de l'œsophage (troubles nerveux ou musculaires) sont le rhumatisme local dans les muscles du pharynx ou de l'œsophage (dysphagie douloureuse), paralysie du pharynx, le spasme de l'œsophage (œsophagisme), et le spasme du pharynx, comme je l'ai constaté dans un cas de ramollissement aigu du cerveau.

Dans ces conditions variées, la dysphagie présente des particularités utiles au diagnostic. Lorsqu'elle s'accompagne du rejet des boissons par le nez, elle dépend d'une inflammation ou d'une paralysie du voile du palais, qui ne peut produire l'occlusion des fosses nasales postérieures pendant la déglutition. La dysphagie est extrêmement douloureuse dans les cas de rhumatisme œsophagien

rtout dans ceux d'œsophagite, dans lesquels la douleur s'étend parfois l'au dos, aux épaules et même jusqu'à l'épigastre (Mondière). Survenant par subit avec sentiment d'un corps étranger (non réel) obstruant le pharynx, la agie caractérise le spasme œsophagien. L'introduction de la sonde œsophage peut servir à déterminer la nature de la lésion de l'œsophage, s'il en e; elle fait découvrir un obstacle matériel (corps étranger), un rétrément dû habituellement à une lésion organique, et quelquefois à une athérie plus ou moins ancienne; ou bien la sonde, sans rencontrer d'obstacle, mente la douleur ou la gêne locale signalée par le malade, et rend ainsi bable l'existence d'une ulcération, surtout si l'instrument ramène un peu de ière purulente, comme cela a été constaté dans la syphilis, la tuberculisation. ans les cas où une dysphagie persistante existe seule en apparence, et ait inexplicable, malgré l'inspection du pharynx, malgré l'emploi de la de et l'exploration du cou par la palpation, il faudra redoubler d'attention et ger à l'existence d'une tumeur latente, et principalement à un anévrysme ou a abcès par congestion.

Le pronostic de la dysphagie emprunte sa gravité ou sa bénignité aux affections en sont le point de départ.

**DYSPNÉE.** — On doit comprendre sous la dénomination de dyspnée une lcuté plus ou moins prolongée de la respiration qui se traduit par une mentation notable d'étendue ou de fréquence des mouvements respiratoires.

° *Caractères.* — L'augmentation visible des mouvements respiratoires qui caractérise la dyspnée peut être générale ou ne porter que sur les mouvements côtes supérieures. De plus, il s'y joint ordinairement une fréquence de la piration plus grande que dans l'état normal, où les mouvements respiratoires t de quinze à vingt par minutes; mais l'un ou l'autre de ces signes de la pnée peut exister seul. Habituellement il y a aussi un sentiment d'oppression accusé par le malade; cependant cette sensation peut manquer, car dividu dont les troubles respiratoires sont visibles affirme quelquefois prouver aucune gêne de la respiration. Le rythme des mouvements respiratoires est très-souvent modifié dans la dyspnée; car, indépendamment de leur quence, qui peut être extrême, puisqu'on l'a vue s'élever de trente à quarante minute, à soixante, cent et même cent quarante, les rapports de durée des ux temps de la respiration peuvent être profondément modifiés. C'est ainsi e l'expiration, qui est en général à l'inspiration comme trois ou quatre est à ux, peut lui devenir égale ou bien être beaucoup plus prolongée par rapport à spiration que dans l'état sain, comme quatre est à un, ainsi que l'on peut le aster dans des cas de dyspnée extrême ou asphyxique.

Certains dyspnéiques ont de temps à autre un mouvement respiratoire plus orieux et comme saccadé (respiration *suspirieuse*); parfois aussi l'expiration t plaintive. La dyspnée présente des degrés extrêmement variables, depuis la mple accélération ou l'exagération d'amplitude des mouvements inspiratoires, ns que l'individu en ait conscience, jusqu'à la *suffocation*, pendant laquelle, malgré les efforts excessifs de toutes les puissances inspiratrices ou par le fait e l'impuissance des mouvements respiratoires, le malade éprouve une oppression très-considérable, la sensation du manque d'air dans la poitrine, et par uite une angoisse et une anxiété extrêmes. La dyspnée peut d'ailleurs être continue, stationnaire ou croissante, suivre une marche rapide ou lente, présenter ou non des exacerbations plus ou moins graves, ou bien survenir par crises ou par accès soit spontanés, soit provoqués (par la marche, la course, l'ascension d'un lieu élevé, une émotion morale vive, etc.). Ces accès ne doivent

pas être confondus avec l'anhélation physiologique qui survient dans les mêmes conditions, mais qui n'est ni aussi rapide, ni aussi durable, ni aussi intense que dans les accès pathologiques. Dans les cas de suffocation; la mort ne survient rapidement par syncope ou par asphyxie.

Constater l'existence de la dyspnée est une chose très-simple dans la pratique, mais il n'en est pas toujours de même de la détermination de sa cause pathologique, quoique nos méthodes d'exploration et les travaux modernes d'anatomie pathologique aient jeté un jour tout nouveau sur les lésions qui sont l'origine du phénomène, lésions qui étaient pour la plupart inconnues des anciens.

2° *Conditions pathologiques.* — Pour rendre évidente la multiplicité des causes organiques de la dyspnée, il suffit de rappeler qu'elle peut être produite par les obstructions des voies aériennes, par les lésions de ces conduits, celles du poumon, celles de la plèvre, du cœur, du péricarde, du pneumothorax, du diaphragme, des muscles, des nerfs ou des os des parois thoraciques, par des altérations évidentes du sang; par certaines lésions cérébrales ou de la moelle épinière; par un certain nombre d'affections des organes abdominaux et enfin par une modification nerveuse simplement dynamique.

Pour arriver à déterminer la condition pathologique de la dyspnée, il faut avant tout se demander si elle ne dépend pas d'une maladie intra-thoracique manifestant par des signes physiques. Je ne rappellerai pas, à ce propos, toutes les affections des organes de la respiration et de la circulation qui donnent lieu à la dyspnée : presque toutes sont dans ce cas, sans que la dyspnée en soit cependant un effet nécessaire et constant. Je dois toutefois faire une mention spéciale de la dyspnée par accès qui caractérise l'*asthme*, s'accompagnant d'un sifflement respiratoire entendu à distance et de râles sibilants prolongés pendant l'expiration, et qui est due à des causes diverses qui ont servi de base à autant de théories différentes (*Voy. ASTHME*). C'est la recherche de cette origine qui sera le but principal du diagnostic.

En supposant que l'on ne trouve pas dans les signes physiques fournis par l'exploration de la poitrine les indices d'une affection intra-thoracique, il faut se demander si la cause de la dyspnée ne réside pas dans les parois de la poitrine. Les déformations rachitiques de la cage osseuse, l'atrophie des muscles respirateurs, principalement du diaphragme, leur contracture ou spasme, et même les simples douleurs névralgiques dorso-intercostales, les douleurs franchement rhumatismales ou de toute autre nature, peuvent être, en effet, le point de départ de la dyspnée.

Ces douleurs agissent en déterminant la gêne de la respiration. Le relèvement du diaphragme vers la poitrine par les organes abdominaux produit une gêne mécanique directe qui explique parfaitement la dyspnée dans un certain nombre de cas, et notamment dans l'ascite, dans la distension du tube digestif par des gaz, etc. Ici la dyspnée est d'autant plus marquée que la cause agit plus rapidement.

Enfin, en supposant que l'on soit amené à faire une investigation complète hors des conditions précédentes, on devra chercher la cause pathologique de la dyspnée soit dans une affection des centres nerveux, soit dans les nerfs, où elle est due à une altération du sang, à une névrose ou à toute autre maladie générale.

Dans ces conditions si différentes, les seuls cas embarrassants pour le diagnostic sont ceux dans lesquels l'exploration de la poitrine par l'inspection, la percussion, l'auscultation, est insuffisante pour expliquer la dyspnée, celle-ci étant le phénomène unique ou prédominant. On ne saurait trop recommander en pareil cas une exploration répétée et faite avec le plus grand soin.

La dyspnée est prédominante dans l'EMPHYSÈME PULMONAIRE, dans les cas d'



ée subite, excessive par la pression du point épigastrique, indique-  
r **névralgie diaphragmatique**, suivant Noël G. de Mussy.

que les lésions des organes circulatoires ne soient pas reconnais-  
signes physiques ; cependant un anévrysme aortique latent peut  
des accès de dyspnée qui provoquent souvent des erreurs de dia-  
est de même de la dyspnée subite et intense qui accompagne la  
tendons du cœur ou l'oblitération de l'ARTÈRE PULMONAIRE, et  
le habituelle due au *rétrécissement* de cet artère avec persistance  
otal.

cas où la dyspnée est présumée avoir son point de départ dans les  
iques, il faut penser surtout aux *douleurs* qui résultent d'un *rhui-*  
*sculaire* ou d'une *névralgie dorso-intercostale* aiguë intense, aux  
des muscles respirateurs, à l'*ostéomalacie* avancée, dans laquelle  
quelquefois jusqu'à la suffocation. Ce qu'il importe d'examiner et  
églige trop fréquemment, ce sont les mouvements respiratoires du  
lorsque la dyspnée provient de l'inaction de ce muscle. La dyspnée  
le la suspension de ses mouvements s'annonce par le défaut de  
et de dilatation de l'épigastre *dans l'inspiration* et parfois même  
plus accentué, c'est-à-dire par la dépression épigastrique au moment  
on ; les côtes supérieures se dilatent en même temps outre mesure,  
est incapable de régulariser la sortie de l'air pour l'exercice de la  
ait admettre alors qu'il existe une paralysie du diaphragme avec ou  
, mais non pas toujours ; car il suffit que la contraction du muscle  
use par le fait d'une *inflammation voisine* pour que les mêmes  
s'observent.

querappeler : la dyspnée due à la *dyspepsie* ; les dyspnées produites  
s de la moelle cervicale (MYÉLITE), par la *méningite des tubercu-*  
fin de la maladie), par le tiraillement ou la compression des  
o-gastriques par des névroses et notamment par certaines *angines*

time ne constitue d'ailleurs par lui-même un accident gravé que dans les cas où il y a suffocation, une syncope mortelle pouvant en être la conséquence.

**DYSURIE.** — Voy. MICTION.

**ÉBLOUISSEMENTS.** — Les éblouissements sont un signe de congestion aussi bien que d'anémie cérébrales. Aussi les remarque-t-on dans la plénitude comme au début de la syncope, comme prodrome des accès hystériques, pyrexies, et principalement de l'affection typhoïde dans nos contrées. Les éblouissements avec des *étourdissements* caractérisent aussi la NÉURALGIE GÉNÉRALE.

**ECCHYMOSES.** — En médecine, elles n'ont de valeur, comme signes, que dans un petit nombre de circonstances. Elles sont quelquefois un signe extérieur de congestion locale, ou de chutes résultant d'une maladie caractérisée par des accès avec perte de connaissance (épilepsie). On constate des ecchymoses ou plutôt des épanchements sanguins sous-cutanés dans les maladies hémorrhagiques graves; enfin, aux membres inférieurs, chez les jeunes gens et les jeunes filles, des taches jaunes ecchymotiques s'observent comme conséquences temporaires d'un *érythème nouveau*.

**ECCHINOCOQUE.** — Voy. HYDATIDES.

**ÉCLAMPSIE.** — On a appliqué ce mot à des convulsions générales ou partielles survenant par accès avec perte habituelle de connaissance, et observées chez les enfants ou chez les femmes enceintes ou en couches.

### I. Éclampsie des enfants.

**1<sup>o</sup> Éléments du diagnostic.** — Les convulsions toniques et cloniques caractérisent les accès d'éclampsie sont générales ou locales. — L'*éclampsie générale et intense* est épileptiforme. Il y a subitement perte de connaissance, fixité du regard, mouvements saccadés des globes oculaires, strabisme, tête tendue en arrière, convulsions toniques avec secousses cloniques s'étendant rapidement à la face et au reste du corps, parfois trismus, grincements de dents, vent écume blanche ou rougie de sang expulsée par la bouche, face turgescente, vultueuse, violacée, couverte de sueur, extrémités froides, pouls fréquent, concentré, respiration d'abord suspendue et ensuite très-accelérée, bruit stertoreux dans les cas graves, dans lesquels il y a aussi quelquefois émission involontaire des urines et des matières fécales. La sensibilité est ordinairement abolie comme l'intelligence; rarement elles sont conservées en partie, de même que dans la forme suivante. — L'*éclampsie partielle*, dans laquelle la congestion de la face et l'écume à la bouche peuvent manquer, n'atteint parfois qu'un ou plusieurs muscles de la face et les extrémités supérieures. Lorsque la convulsion occupe les muscles respirateurs, et particulièrement ceux de la glotte, où elle est rarement isolée, il en résulte, ainsi que Valleix l'a établi, l'éclampsie avec suffocation ou asphyxie complète, en d'autres termes, l'affection improprement appelée asthme thymique, asthme de Kopp, et mieux dénommée SPASME DE LA GLOTTE.

Ces accès se succèdent plus ou moins fréquemment en une heure, ou pendant un ou plusieurs jours, pour constituer une attaque.

**2<sup>o</sup> Inductions diagnostiques.** — La question capitale du diagnostic est de distinguer l'éclampsie de l'épilepsie infantile, d'après les symptômes, les causes et la marche des deux affections. Or, les symptômes sont les mêmes de part et d'autre au moment de l'accès, et le spasme de la glotte lui-même ne saurait être considéré comme propre à l'éclampsie. On a bien dit que, dans l'épilepsie, il y a une *aura* qui précède l'accès; mais cette aura manque dans la grande majorité des cas; par cela même qu'elle fait défaut, on ne saurait donc être autorisé à admettre qu'il y a éclampsie. En est-il autrement de deux phénomènes auxquels Ozanam (*Arch. de médéc.*, 1850) attache une grande importance con-

causes, elles me paraissent avoir une importance réelle, sauf dans le cas rare où une vive frayeur a été suivie de convulsions. L'éclampsie est, en effet, tellement commune dans l'épilepsie que, constate, on doit toujours faire ses réserves avant de décider s'il s'agit d'une simple éclampsie, affection tout accidentelle et transitoire, ou d'une maladie presque toujours fatalement incurable si elle est abandonnée. Si les accidents apparaissent à l'époque de la première dentition, le fait d'une violente douleur, de l'action d'irritants cutanés (sinapismes), d'un chatouillement prolongé, de l'impression d'une chaleur ou du froid, de l'ingestion de substances indigestes, de l'existence de frissons, et surtout au début d'une maladie aiguë fébrile bientôt évanescente, les probabilités seront pour l'éclampsie.

Le diagnostic de l'éclampsie, lorsqu'on a pu la suivre pendant un certain temps, se reconnaît par les anamnésiques, vient surtout éclairer le praticien. Les attaques ne se renouvellent pas comme celles de l'épilepsie. Elles se produisent plus souvent un ensemble de phénomènes transitoires, et parfois un seul accès; c'est ce qui explique que Vogel et Sauvages ont considéré l'éclampsie comme la forme aiguë de l'épilepsie. Malheureusement le caractère différentiel n'est d'aucune utilité au début de l'éclampsie. Il en est de même des conséquences de l'une et de l'autre affection, qui viennent tarabouter le diagnostic. Ce sont : à la suite des accès d'épilepsie, des accès de folie ou la démence; à la suite de l'éclampsie, les contractures et les paralysies musculaires, qui sont souvent l'origine du torticolis, du pied-bot, des déviations du rachis, suivant Jules Guérin.

Conclusion. — Le diagnostic de l'éclampsie est d'autant plus nécessaire à établir, lorsque la maladie se prolonge, ce qui arrive quelquefois, que son pronostic est favorable, tandis que celui de l'épilepsie est toujours grave. La fréquence du pouls, après les accès d'éclampsie, doit en faire craindre la récurrence, et on n'oubliera pas toutefois que l'éclampsie aiguë des enfants peut

cas de grossesse avancée, se fasse d'une manière latente pendant les convulsions, ainsi qu'on le constate alors par le toucher, sans que rien, en dehors des accidents éclamptiques, puisse faire soupçonner la parturition.

Un état pléthorique, l'albuminurie (Voy. p. 36), une première grossesse, les impressions morales plus ou moins vives, l'abus des alcooliques, les accouchements longs et difficiles, et enfin la rétention prolongée du placenta ou du caillot, sont les causes les plus ordinaires de cette éclampsie, qui cependant parait être quelquefois épidémique, ou se développer sans cause apparente.

C'est lorsque la délivrance de la femme a eu lieu que l'on voit presque toujours survenir la guérison. Celle-ci peut être rapide et complète, ou chèrement achetée par des conséquences très-fâcheuses, telles que des paralysies, la manie ou la démence. Quoi qu'il en soit, l'éclampsie est toujours une maladie grave, car elle menace à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant qui, ordinairement, meurt avant la fin du travail.

C'est bien à tort, suivant Depaul (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1851), qu'on a dit le pronostic de l'éclampsie d'autant plus grave que la gestation est moins avancée ou que le travail est plus éloigné de son terme. Il n'admet pas plus qu'il y ait toujours lésion rénale chez la femme grosse éclamptique, croit que l'albuminurie n'est le plus souvent qu'un simple trouble fonctionnel.

**ECTHYMA.** — On reconnaît l'ecthyma à des pustules enflammées plus ou moins larges, arrondies, ordinairement discrètes, à sommet purulent, et auxquelles succèdent une tache d'un rouge sombre qui persiste plus ou moins longtemps, ou bien une croûte plus ou moins épaisse. Ces pustules siègent dans différentes parties du corps, mais rarement à la face ou au cuir chevelu.

Dans l'ecthyma aigu, les pustules sont ordinairement multiples, douloureuses, et dues à des irritations locales de la peau, à des pommades irritantes (la pommade stibiée, par exemple), et surtout à la présence de l'acare (*Sarcoptes*). Dans ce dernier cas, les pustules occupent presque constamment les mains et les pieds. A. Hardy a décrit une forme gangréneuse d'ecthyma, dans laquelle, outre les eschares, il y aurait un ensemble de phénomènes généraux adynamiques très-graves. — Quant à l'ecthyma chronique, il s'accompagne de croûtes noires et adhérentes, sous lesquelles se trouvent des ulcérations sanieuses qui peuvent persister pendant plusieurs mois. Chez l'enfant (ecthyma infantum), on n'a pas indiqué d'autre signe distinctif entre l'ecthyma chronique et les pustules syphilitiques que la diversité des phénomènes concomitants dans la dernière circonstance (Voy. PUSTULES).

Chez l'adulte, l'ecthyma chronique est dit cachectique, et ne paraît être autre chose que le rupia (Hardy) (Voy. BULLES).

**ÉCUME.** — On a donné à tort, comme un signe pathognomonique de l'épilepsie, l'expulsion par la bouche d'une écume mousseuse pendant les accès. Dans l'éclampsie, dans certaines congestions cérébrales, le même phénomène se présente. L'écume desséchée en trainée vers l'angle des lèvres n'en est moins un indice parfois précieux de l'existence de l'épilepsie, ou du moins d'un accès récent.

**ECZÉMA.** — Classé scientifiquement parmi les vésicules, l'eczéma est le meilleur exemple de la difficulté de distinguer les maladies de la peau par une seule lésion élémentaire.

L'eczéma est une des affections cutanées la plus fréquemment rencontrée dans la pratique. Il se présente sous cinq aspects ou formes différentes. — 1° *rougeur* plus ou moins étendue avec vésicules ordinairement petites, mais pouvant se réunir par place de manière à former de véritables

fois aussi mélangées de pustules; 2° *surface rouge* sans vésicules, sans éraillures, des *fentes de l'épiderme*, se croisant en tout sens; les vésicules remplacées par une *surface humide* due au liquide sous le linge, provenant des vésicules rompues ou des éraillures, et faite, au moins par places, en *croûtes minces, aplaties*, ou bien en *écailles et rocheuses*; 4° sur un *fond rouge assez vif*, ou d'un *brun rouille* par une *inflammation épidermique* très-fine et surfuracée, ou bien par *squames* imbriquées. 5° Enfin, dans cette dernière forme ou période, les croûtes sont enlevées par des bains ou des cataplasmes, la partie affectée présente momentanément une *surface rouge, luisante, unie* comme poli, et qui se recouvre bientôt de nouvelles squames.

différents, sur lesquels on n'a pas assez insisté, sont suffisamment connus pour que le diagnostic ne présente pas de difficultés. Assez souvent on constate en même temps une *chaleur locale* plus ou moins vive, de la *fréquence* et l'absence de fièvre, si ce n'est quelquefois au début.

On insiste beaucoup sur la diathèse qui est le point de départ de l'eczéma; on fait que cette affection a une tendance continuelle à revenir si on ne la soigne pas. On l'observe à tout âge, principalement au printemps et dans les individus qui font des excès de boisson et de table, ou qui sont atteints d'irritants cutanés (épiciers, boulangers, etc.).

Il m'a paru être très-fréquent au niveau des varices des membres inférieurs. On ne faut pas oublier qu'on le peut trouver dans toutes les parties du corps, dans les parties garnies de poils, cuir chevelu, aisselles, pubis, etc., ou, soit dans des parties isolées très-diverses, les oreilles, le sein, etc., et qu'il peut parfois être mélangé de pustules ou de croûtes d'im-

gu, l'eczéma est une maladie légère et de peu de durée. Quand il est étendu, il est souvent très-opiniâtre et très-incommode, surtout lorsqu'il est associé au lichen, la gale, l'ecthyma.

**ONIE.** — Voy. VOIX THORACIQUE.

**ÉLECTRISATION LOCALISÉE.** — D'abord employée en médecine dans les cas de troubles physiques insuffisantes, l'électrisation a pris, dans ces derniers temps, un développement remarquable, grâce surtout aux belles recherches du docteur de Boulogne (*Électrisation localisée*, 3<sup>e</sup> édit., 1870), qui lui a donné son nom de *faradisation*.

La méthode de l'électrisation localisée est à la fois thérapeutique et diagnostique. Elle n'est qu'à ce dernier point de vue, qui est d'une utilité très-respectable, comparativement au premier, que j'ai à l'examiner.

Il ne s'agit pas à insister longuement sur le *moyen d'exploration* considéré comme le plus efficace, c'est-à-dire sur les appareils à l'aide desquels on utilise l'électricité pour constater l'état de la contractilité ou de la sensibilité musculaires. Il est parfaitement démontré que, pour cette recherche, il faut pouvoir graduellement la contraction électro-musculaire avec des intermittences pour avoir la facilité d'en graduer la puissance. Or, la plupart des appareils ne remplissent ce but; et, s'ils n'ont pas tous la même puissance, ils ne sont pas tous également aux exigences de la thérapeutique, on peut donc les considérer comme insuffisants sous le rapport des applications diagnostiques. Pour pratiquer l'électrisation des muscles, il faut, selon Duchenne, non-seulement que les éponges des excitateurs soient abondamment humectées, mais encore que les courants pénètrent jusqu'aux muscles sous-cutanés, mais les excitateurs soient tenus rapprochés l'un de l'autre, sans se tou-



cher toutefois. On les applique sur la peau dans les points correspondants à la surface des muscles, et successivement dans les différents points des muscles pour en explorer les divers faisceaux. On ne laisse les excitateurs en place que quelques secondes chaque fois, en tenant compte de l'excitabilité variable des muscles, l'intensité du courant pouvant et devant être proportionnée à l'épaisseur et à leur excitabilité particulière.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il y a du danger à appliquer les excitateurs même avec un très-faible courant, sur la *moitié supérieure du muscle sterno-cleido-mastoïdien*, ou sur le bord externe de la *moitié supérieure du pèze*, de même que sur le sommet du triangle sus-claviculaire, en raison de l'extrême excitabilité du nerf respirateur de Bell ou nerf spinal. On doit également, en faradisant les muscles de la face, qui sont très-excitables, placer les excitateurs sur les points correspondants aux *nerfs sous-orbitaires* ou *mentonniers*, car il résulterait de l'excitation de ces nerfs une douleur aiguë qui retentirait dans les dents incisives, et quelquefois dans le fond de l'orbite et même le cerveau. Il en est de même de l'excitation des *nerfs faciaux*. On évitera aussi d'agir sur les *os superficiels*, dont l'électrisation est extrêmement douloureuse. Un résultat de la faradisation cutanée dont il faut aussi être prévenu, c'est la contraction de certains muscles plus ou moins éloignés du lieu d'application, contraction qui dépend d'une action réflexe de la moelle sous l'influence de la faradisation localisée. Enfin je dois rappeler que l'électrisation du sphincter de l'anus y produit un ténésme insupportable, que celle de l'œil avec les appareils ordinaires est extrêmement dangereuse.

L'électrisation ne doit être mise en pratique que lorsque l'on s'est familiarisé avec les connaissances acquises sur ce point. Dans le cas contraire, et en aveugle, et l'on s'expose non-seulement aux accidents qui résultent de l'application des excitateurs dans les points que l'on doit éviter et que je viens de rappeler, mais encore à exciter trop vivement la sensibilité, et à produire des *effets généraux*, dont les principaux sont des *étourdissements*, des *éblouissements*, des *nausées* et même des *vomissements*. Je dois ajouter pourtant que ces accidents sont rares, et que le plus ordinairement l'excitation est physiologique, reste locale et n'a pas pour effet nécessaire, comme le pensent certains praticiens, une surexcitation des centres nerveux. Cette surexcitation qui produit quelquefois de l'insomnie, se remarque principalement chez les enfants.

Je ne fais qu'indiquer les modes de faradisation localisée que Duchenne appelle *indirects* et *par courants dérivés*, comme étant employés exclusivement. La faradisation *indirecte*, qui produit des mouvements d'ensemble, est celle que l'on applique sur les troncs nerveux, dont la position et les points anatomiques doivent être présents à la mémoire, et dont les ramifications distribuent aux muscles qui entrent en contraction.

2° *Signes*. — On peut dire avec Duchenne que les signes qu'il a décrits pour l'état de la *contractilité* et de la *sensibilité musculaires* sous l'influence de l'électricité s'appliquent au diagnostic de *toutes les paralysies partielles et générales*. Mais quels sont ces signes de contractilité ou de sensibilité musculaires, et quelle est leur valeur?

En faradisant les muscles, on peut constater les effets suivants :

1° La *contractilité musculaire* est mise en jeu comme dans l'état sain.

2° Elle est complètement abolie ou plus ou moins diminuée;

3° La *sensibilité musculaire* est normale, nulle, ou seulement diminuée.

Lorsque les muscles d'un membre ou d'une autre partie sont manifestement

que cependant ils répondent à l'excitation électrique comme dans la paralysie, suivant Duchenne, dépend d'une *lésion cérébrale*, ramollissement, tumeurs du cerveau, méningite), ou bien elle *rhumatismale* ou *hystérique*. — Si, au contraire, la contractilité est complètement abolie, on doit soupçonner une paralysie *saturée* est abolie ou seulement diminuée, on a affaire à une paralysie *de la moelle épinière* ou *lésion des nerfs* qui en émanent, ou *atrophie musculaire*.

sensibilité musculaire, qui fait percevoir la sensation plus ou moins d'excitation électro-musculaire, elle resterait *intacte* dans les paralysies cérébrales ; elle serait *augmentée* dans les paralysies rhumatismales, *diminuée* dans les paralysies hystériques, ce qui servirait à distinguer ces paralysies avec intégrité de la contractilité électro-musculaire, *Electrisation localisée*, 3<sup>e</sup> édit., 1870).

Ces signes n'ont pas tous été interprétés de même par Duchenne. On admet généralement que la contractilité musculaire porte comme l'a dit cet ingénieux observateur pour les paralysies rhumatismales, hystériques, par lésions des nerfs ou par atrophie musculaire, de la contractilité est complexe pour d'autres paralysies, comme dans les paralysies générales ou partielles. Une autre cause résulterait de ce fait : qu'il y a des paralysies dans lesquelles la contractilité électrique des muscles ne survient que plusieurs jours après le début de celle avec lésion des nerfs, ce qui fait que la contraction électrique ne peut être obtenue suivant l'époque où l'on cherche à la produire. C'est même dans la paralysie spinale de l'enfance. La question a donc été étudiée encore à l'aide de faits nombreux et sur la nature desquels on ne peut s'entendre. Ces signes, fussent-ils considérés tous comme contestés, ne constituent pas des signes pathognomoniques. Ce sont des cas embarrassants que les signes fournis par la contractilité électrique peuvent être utiles au diagnostic, et alors comme corollaires, on peut en tirer des caractères de la paralysie, de son siège, de son invasion, de son développement, et enfin des conditions dans lesquelles elle se produit.

Il est singulier à signaler à propos de l'abolition de la contractilité électrique, et qu'il ne faut pas perdre de vue, parce qu'il embarrasserait le clinicien, si on l'ignorait, c'est que, dans certains cas, l'abolition de la contractilité électrique peut exister au niveau des muscles qui, *après avoir été paralytiques, recouvrent leurs mouvements volontaires*. Quoique cette particularité a été combattue avec vivacité par Landry, il n'est pas même que « dans certaines paralysies, rien n'est plus vrai, le mouvement volontaire reparait avant que l'électricité décelesse un changement de l'état de l'irritabilité, » et que « souvent aussi des muscles qui ne peuvent pas réagir ou réagir à peine sous l'influence de l'électricité, se contractent pourtant par l'excitation de la volonté » (Landry, *Traité des paralysies*, 231).

Il est beaucoup à dire encore au sujet de la signification des données fournies par l'électrisation localisée ; mais ce serait répéter bien inutilement ce qui a déjà été exposé au mot PARALYSIES, auquel je renvoie le lecteur.

**ÉLÉPHANTIASIS.** — On a compris sous ce nom deux maladies différenciées : l'*éléphantiasis des Arabes* et celui des *Grecs*. On doit à Duchassaing la description de ces deux maladies, faite d'après les observations nom-

breuses qu'il a recueillies lui-même en Amérique (*Arch. de méd.*, 1854, t. IV, et 1855, t. V), où elles s'observent, ainsi que dans d'autres contrées. Mais on doit à un médecin de la marine, le docteur Brassac, une étude beaucoup plus complète de l'éléphantiasis des Grecs (*Arch. de méd. navale*, 1866, t. VI), qui oblige à séparer complètement les deux maladies.

Je ne m'occuperai donc ici que de l'éléphantiasis des Arabes, renvoyant au LÈPRE (des Grecs) l'étude importante de l'autre éléphantiasis.

L'éléphantiasis des Arabes, appelé aussi maladie glandulaire (James H. H.), maladie lymphatique ou colique du Japon (Allard), n'est, pour les Arabes, qu'une lymphite à répétition. Il se rencontre, suivant Duchassaing, vers le centre et au midi de l'Amérique, principalement dans l'adolescence ou dans l'adulte, et dans les terres sèches et arides, où il affecte non-seulement les nègres et les hommes de couleur, mais encore les Européens nés ou habitant longtemps dans les pays où l'affection est endémique. Cette maladie siège sur les jambes, aux organes génitaux de l'homme (verge, bourses), aux mamelles, et même aux bras et plus rarement à la vulve. Elle est caractérisée par l'*inflammation des lymphatiques* revenant par accès plus ou moins éloignés, et donnant par leur répétition, un *volume monstrueux* aux parties atteintes. La peau devient tendue et luisante, et souvent il s'y développe en même temps des *tubercules* les uns confluents, dus à des matières pulvérulentes agglutinées par un liq. sanieux et recouvrant des *ulcérations* (Larrey); les autres charnus, dissepés, pédiculés et beaucoup plus volumineux que les précédents. Il y a aussi des *onchopathies* qui correspondent aux parties atteintes.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés lorsque la maladie est ancienne et que les parties atteintes sont le siège d'une hypertrophie monstrueuse. Le diagnostic n'est difficile qu'au début, alors que l'on peut croire à une *angioleucite* simple ou à un *phlegmon diffus*, ou bien, chez une nouvelle accouchée, à une *phlegmatia alba dolens*. Si l'on se trouve dans un pays où l'éléphantiasis est endémique, si le malade n'a subi aucune des causes locales qui produisent la lymphite ou le phlegmon diffus (piqûre, écorchure, plaie, contusion), on se doit droit d'opter pour l'éléphantiasis, dit Duchassaing (*loc. cit.*). Quant à la *phlegmatia*, il sera bien difficile, sinon impossible, de se prononcer.

Il est très-important pour le diagnostic de savoir que l'éléphantiasis des Arabes peut être *fébrile*, *apyrétique*, *gangréneux*, *phlegmoneux*, *erratique*, *ambulant* (comme le rhumatisme), et que les malades atteignent rarement l'âge avancé, succombant à des complications plus ou moins graves (abcès, gangrène, ulcères rebelles avec carie). Jusqu'à présent, on n'a su guérir l'éléphantiasis des membres inférieurs que par la ligature de l'artère fémorale (Butcher, *Dublin quarterly Review*, 1862; A. Richard, *Gaz. des hôpit.*, 1863; Bruns, *The Lancet*, 1866).

**EMACIATION.** — Voy. AMAIGRISSEMENT.

**EMBARRAS GASTRIQUE.** — Voy. GASTRIQUE.

**EMBOLIES.** — On entend par embolies, d'après Virchow, les coagula sanguins ou d'une autre nature qui, formés dans un point des voies circulatoires artérielles ou veineuses, sont entraînés par le courant sanguin jusqu'aux bifurcations vasculaires où elles s'arrêtent, en donnant lieu à des accidents souvent subits, et plus ou moins graves, dus à l'obturation des vaisseaux. Ces accidents et leurs conséquences, d'abord contestées, sont aujourd'hui des faits bien démontrés. Je n'ai pas à développer ici la question physiologique ou expérimentale des embolies, mais à les envisager plus particulièrement au point de vue clinique. Sous ce dernier rapport, je dois rappeler que Van Swieten, en

avait signalé la possibilité de la migration des concrétions fibrineuses dans les vaisseaux; que Legroux, le premier (1827), en publia un exemple; que François en rappela la possibilité des spontanées, 1832); et qu'en 1853 le docteur Deschamps (*Gaz. méd.*) admit la migration des concrétions calcaires dans les vaisseaux, sans la démontrer par des observations. Mais on ne saurait refuser à Virchow d'avoir, dès 1846, étudié beaucoup plus complètement qu'on ne l'avait fait avant lui l'*embolisme veineux*. Ses expériences sur les animaux ont démontré que des corps assez volumineux déposés dans des veines plus ou moins éloignées du cœur traversent les cavités droites de ce cœur pour aller obstruer les artères pulmonaires. Il admit comme fait constant, *toutes les fois qu'il se forme des caillots dans les artères, ces caillots sont, sauf dans ceux où il y a lésion sur place (thrombose), ces caillots sont composés de concrétions sanguines développées primitivement dans les veines.* Les observations qui ont été recueillies depuis par Senhouse, en Angleterre (*Med.-chir. Transact.*, 1852, et *Arch. de méd.*, 1853), le professeur Schützenberger à Strasbourg, par Charcot (*Gaz. méd.*, 1866), Béhier (*Gaz. hebdomadaire*, 1857), Legroux, Forget, Marc Sée, Fritz (Thèse, 1862), Lancereaux (Thèse, 1862) et Trousseau (*Clin. méd.*, 1868), etc., sont plus que suffisantes pour démontrer que les oblitérations produisent bien réellement des accidents que l'on peut, pendant la vie, rapporter à leur véritable origine. Il est évident que, lorsqu'on démontre, dans un caillot obturateur, des fragments fibrineux qui, par la consistance, la composition et la forme, ressemblent ou peuvent être assimilés à des concrétions fixées en amont du cours du sang dans les vaisseaux, fragments qui sont comme à cheval sur une bifurcation, dans des caillots plus récents dont ils ont déterminé la formation, il est évident qu'il y a réellement embolie. C'est ce que beaucoup de faits rendent hors de doute.

Quels sont les signes qui ont été donnés comme révélant des migrations pendant la vie, et les conséquences qu'en peut déduire le praticien? Elles varient suivant le siège artériel ou veineux de l'embolie. Cependant le caractère principal du début des accidents appréciables est un caractère général de ces signes, qui surviennent au moment même où la migration de l'embolie est terminée. Mais pour bien comprendre les embolies, il faut les examiner : 1° dans les conduits ou cavités vasculaires à sang rouge; 2° dans les conduits à sang noir. On ne doit pas oublier que la circulation du sang artériel part du cœur pour aller aboutir aux capillaires de la grande circulation, et que les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur, l'aorte et les artères, sont le siège de la circulation du sang veineux, partant des capillaires de la grande circulation, aboutit aux capillaires du poumon, en traversant les veines, les cavités droites du cœur, et l'artère pulmonaire, si justement dénommée artère bleue par les anciens.

**Embolies du sang artériel.** — Les corps ou corpuscules migrants qui produisent ces embolies peuvent provenir des capillaires des poumons, des artères, des veines, des cavités gauches du cœur, ou de l'aorte. Ils peuvent obstruer les artères des membres ou celles des différents viscères, et, par suite, interrompre la circulation dans des parties d'un certain volume (embolies proprement dites) ou seulement des artères (embolies), ou enfin altérer le sang.

Les embolies qui s'arrêtent dans les artères d'un certain calibre et qui sont le

plus facilement constatées par leurs effets pendant la vie, produisent des accidents *vers les membres ou vers la tête*.

Lorsque, chez un malade atteint de maladie organique du cœur gauche, suivant Schützenberger, de phlébite gangréneuse des veines pulmonaires, enfin de dégénérescence athéromateuse des gros troncs artériels, on voit *sur tout à coup* vers l'une des extrémités supérieures ou inférieures, des *fourlements* plus ou moins douloureux avec ou sans *élancements*, parfois des *leurs atroces* dans tout le membre, un *refroidissement* réel, tandis que le malade a la sensation d'une *chaleur brûlante*, enfin un aspect cadavérique de ces mêmes parties, on doit soupçonner un *isme artériel* des troncs qui se ramifient dans la partie atteinte; et le *se change* en certitude si, en même temps, l'on cesse de percevoir *locales* les battements au niveau des vaisseaux artériels dont il vient d'être que. Ces battements sont alors quelquefois perceptibles au-dessus d'un cordon non bosselé, peu douloureux à la pression, formé par le tronc oblitéré, et *pe* tible au toucher.

Si, dans les mêmes conditions de maladie du cœur, il survient une *hémip subite*, on doit encore croire à la migration d'une embolie cardiaque dans les artères du cerveau, où elle détermine un ramollissement dans les parties ramifiées l'artère oblitérée, suivant Virchow et Kirkes. Ces ramollissements *liques*, sur lesquels je reviendrai ailleurs (*Voy. RAMOLLISSEMENT* du cer ont été bien étudiés en France par Schützenberger (1857) et Lanc (Thèse, 1862). Schützenberger préfère au mot ramollissement la dénomi d'*infarctus fibrineux*, qui n'a cependant pas été depuis en usage, no que le nom de *gangrène* du cerveau, employé également. Trois deg ramollissement (Lanceraux) résultent de ces obturations artérielles, qui été observées que dans les artères sylvienne et carotide interne (Schützen Le ramollissement est : 1° rouge ou brunâtre, 2° jaune, ou 3° blanc. L'hé gie subite, apoplectiforme, en est le symptôme prédominant.

On ne saurait désormais nier l'origine embolique de certains ramollisse cérébraux dans les conditions des organes de la circulation que j'ai rap plus haut; je dis certains ramollissements, car ils n'ont pas tous cette On a pu d'abord émettre des doutes sur l'interprétation anatomique de ce faits de ce genre lorsqu'il s'agissait de concrétions sanguines emboliques il ne saurait en être de même de ceux dans lesquels l'embolie était une ction calcaire (avec caillot adventif) trouvée dans l'artère sylvienne du et ramollissement, opposé à celui de l'hémiplégie (*Voy. Gaz. hebdom. de cine*, 1856, p. 347). Une preuve clinique saisissante de la réalité de cette d'hémiplégie nous est fournie par un fait rapporté par Esmarch, de Kiel (*für patholog., Anatomie de Virchow*, 1850) : la pression opérée sur u vrysmé carotidien en fit détacher intérieurement des concrétions sangui déterminèrent l'oblitération des artères cérébrales et une *hémip légie*. L'expérimentation elle-même est venue donner des preuves *irréfuta* ramollissements du cerveau, dus à l'interruption de la circulation *artérielle* une portion de cet organe par des corps étrangers introduits dans les artères et entraînés jusque dans la carotide interne ou dans ses *sub* (Cohn, Panum, Bergmann, Prévost et Cotard, etc.).

C'est aussi à l'expérimentation qu'on doit la démonstration des embolies artérielles d'où résultent les *embolies capillaires* ou *infarctus*. Sans rap les nombreuses publications étrangères dont les infarctus ont été le sujet, j contenterai de rappeler les travaux de Vulpian (*Union méd.*, 1866), de



et Cotard (*Gaz. méd. de Paris*, et *Mém. de la Soc. de biologie*), Thèses d'agrégation de Ball (*Rhumatisme viscéral*), de Martineau (*Des endocardites*), et surtout la Thèse de Ch. Lefeuve (*Etudes phys. et pathol. des infarctus viscéraux*), parue en 1866 comme les travaux précédents. Plus récemment, V. Feltz, de Strasbourg, a publié des recherches expérimentales et cliniques intéressantes sur le même sujet (*Études clin. et expér. des embolies capillaires*, 1868, avec planches). Il a démontré que ces embolies peuvent se rencontrer dans les capillaires de tous les organes, même dans les vaisseaux des synoviales. Les infarctus, qui ne sont qu'un mode particulier d'embolie, ont la même origine. Lefeuve, qui a réuni quarante-sept observations de ce genre, trouve en première ligne l'*endocardite ulcéreuse*, les *combes de l'aorte*, puis les *végétations* des valvules, comme les conditions les plus fréquemment observées de la production des infarctus. On pourrait rapprocher la gangrène du poumon comme fournissant quelquefois des débris liquides qui, en gagnant le cœur par les veines pulmonaires, pourraient aller former des infarctus. — Quoi qu'il en soit, ces infarctus se forment principalement par ordre de fréquence, dans la *rate*,<sup>2</sup> fig. 29 et 30, les *reins*, le *cerveau*



Fig. 29. — Rate d'une jeune femme morte d'endocardite ulcéreuse (Lefeuve). *a*, infarctus jaune fibreux. *b*, hyperémie collatérale et vaisseaux de nouvelle formation. *c*, cavité des infarctus gangréneux contenant un liquide puriforme et des boursillons noirs. *d*, boursillons noirs gangréneux. *e*, artères spléniques oblitérées emboliques terminées en pointe. *f*, caillots oblitérateurs emboliques terminés en pointe.



Fig. 30. — Coupe de la rate au niveau de l'infarctus jaune. *a*, coupe de l'infarctus. *b*, hyperémie collatérale profonde et vaisseaux de nouvelle formation pénétrant dans l'infarctus. *c*, cavité d'un ancre gangréneux situé sur la face externe de l'organe. *gg*, orifices vasculaires et autres traces de la trame splénique conservées au milieu de l'infarctus (Lefeuve, Thèse de doctorat).

leur étude se confond avec celle du ramollissement), dans les intestins (ansemie), dans le cœur, les muscles (Thèse Lefeuve), et plus rarement dans le (Lanceraux, *Gaz. méd. et Comptes-rendus des séances de la Soc. de*

*biologie*, 1862). Une douleur persistante locale indique parfois leur formation, comme je l'ai noté dans deux cas d'endocardite ulcéreuse; cette douleur peut donc être rapportée par exclusion aux infarctus, si on l'observe dans les conditions pathologiques rappelées tout à l'heure. Ces infarctus forment des engorgements durs, de forme conique due à l'oblitération des subdivisions d'un vaisseau artériel qui forme le sommet du cône, et où l'on trouve des fragments migrateurs. Rouge d'abord, l'infarctus forme ensuite une tumeur jaune ressemblant au lipome ou au tubercule, et subit un ramollissement, une dégénérescence grasseuse ou même une vraie gangrène. C'est ce que montrent les figures 29 et 30, qui sont empruntées à Lefeuve. Suivant Feltz, il y a d'abord extravasation sanguine par suite de rupture vasculaire capillaire, et laquelle il n'y aurait pas d'infarctus véritable.

Outre ces embolies ou ces infarctus artériels, il y a des oblitérations artérielles résultant de caillots désagrégés, émiettés, et de détritits très-fins provenant le plus souvent de l'endocardite ulcéreuse. C'est dans les faits de ce genre, signalés par Virchow et Senhouse-Kirkes, qu'il survient un état typique par altération du sang, et qui a été étudié par Lesouef (*Bull. de la Soc. de méd.*, 1861), par Charcot et Vulpian (*Gaz. méd. de Paris*, 1862), Lancereaux (ibid.), Lemarchand (*Thèse*, 1862), Ernest Edmanson (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1865). Je reviendrai sur ce sujet à propos de l'ENDOCARDITE ulcéreuse.

**II. Embolies du sang veineux.** — Ces embolies ont leur origine dans les veines (concrétions sanguines), dans les cavités droites du cœur ou de l'artère pulmonaire. Les embolies capillaires du foie provenant de la veine porte n'ont pu être encore démontrées expérimentalement (Feltz). C'est dans les branches ou les divisions de l'artère pulmonaire que s'arrête communément l'embolie. Les signes qui en résultent sont ceux de l'oblitération de l'artère pulmonaire survenant subitement : *anxiété vive, dyspnée ou suffocation asphyxique, syncope*, plus ou moins rapidement suivies de mort. Les sujets atteints de ces maladies du cœur avec concrétions sanguines dans les cavités droites ou plus ordinairement, ceux présentant une coagulation intra-veineuse au niveau d'un membre, comme dans la *phlegmatia alba dolens*, ainsi que l'ont observé Charcot et Ball, sont les malades exposés à l'embolisme veineux. La migration des concrétions jusqu'à l'artère pulmonaire a lieu soit directement à partir des cavités droites du cœur, soit des veines éloignées vers le cœur, où elles traversent l'oreillette et le ventricule droits pour aller ensuite s'arrêter dans l'artère. Un mouvement brusque pourrait être la cause occasionnelle de ces embolies veineuses.

L'embolie de l'artère pulmonaire ainsi comprise a donné lieu à des travaux très-importants depuis que Virchow l'a démontrée expérimentalement, travaux auxquels j'ai nommé plus haut, et parmi lesquels je dois rappeler en première ligne la monographie de Ball (*Des Embolies pulmonaires; Thèse*, 1862).

Les coagulations veineuses, quelle qu'en soit l'origine, et les végétations fibrineuses du cœur droit, sont les points de départ des embolies de l'artère pulmonaire. Mais il ne faut pas oublier que la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire peut se faire dans cette artère même, surtout en commençant dans les dernières divisions, et indépendamment de toute embolie (Voy. ANATOMIE PULMONAIRE et OBLITÉRATIONS vasculaires). C'est l'idée ancienne, idée qui a été vraie dans un certain nombre de cas, et que l'on a seulement rajeunie par le mot *thrombose*.

Quoi qu'il en soit, l'instantanéité des accidents, leur courte durée, leur caractère à la fois asphyxique et syncopal, et leur terminaison par la mort,

particulièrement à l'existence d'une embolie dans le tronc de monaire. Quand l'embolie s'arrête seulement dans une des ou volumineuses de cette artère, il en résulte des symptômes de , de *pleurésie*, de *gangrène* et de *pneumo-thorax*. On attribue à lions minimes des petits infarctus pulmonaires. C'est aussi de cette se produisent les infarctus purulents (pyémie) et les prétendues *aisseuses* de Wagner (de Leipzig), qui sont dues à des suppurations ns éloignées (*Arch. der Heilkunde*, 1865).

des embolies veineuses est grave. La mort en est la conséquence et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a pu croire à une érison démontrée possible par Feltz (*loc. cit.*).

POINT. — Voy. OBÉSITÉ.

JUE. — Voy. EMPOISONNEMENTS.

**SÈME PULMONAIRE.** — Laennec (*Traité d'auscult.*) a le it cette maladie, causée, suivant lui, par la distension forcée et per- ; vacuoles pulmonaires, et caractérisée pendant la vie par des symp- s signes physiques caractéristiques. Cette affection a été autrement ar le docteur Villemin (*Arch. de méd.*, 1866), qui n'admet pas la pro- anique de l'emphysème. Il a cru constater, par des examens micros- l'au premier degré il y a une véritable *hypertrophie* des éléments de e vésiculaire. Il en résulterait une extension de cette membrane et ation de la capacité des alvéoles. Comme lésions secondaires, il y ertuis dus à la chute de noyaux-cellules hypertrophiés et devenus nfin le parenchyme se creuserait de vacuoles à contours déchiquetés une sorte de feutrage. On peut objecter à cette manière de voir, ullement démontré que l'hypertrophie de la membrane vésiculaire ne sécutive. Mais quelle que soit l'opinion que l'on se forme de la clair que les faits d'emphysème pulmonaire sont trop fréquemment ec la plupart des caractères indiqués par Laennec, par Louis, etc., pour que l'on raye cette maladie du cadre nosologique, relègue au second plan, comme un simple accident temporaire. **du diagnostic.** — Les particularités qui caractérisent princi- emphysème pendant la vie sont : l'*absence de fièvre*, sauf dans les plications, une *dyspnée* habituelle débutant parfois dès la première ien rarement après cinquante ans, peu considérable pendant de nées quand elle remonte à l'enfance, puis successivement plus t se compliquant d'*accès* pendant lesquels les malades semblent menacés de suffocation; une *toux* plus ou moins fréquente liée à *ite chronique* concomitante; une *altération de la forme de la* dinairement bornée et surtout remarquable au niveau des régions laires; une exagération d'intensité du son obtenu par la *percussion*; *se du bruit respiratoire avec expiration prolongée*, parfois une anifeste ou une respiration *granuleuse*, souvent *sibilante ou avec râle sous-crépitant* toujours plus prononcé ou borné à la base umons en arrière; enfin, chez un certain nombre de sujets affectés temps, des *palpitations* et de l'*œdème* des membres inférieurs s, *Mém. de la Soc. d'observ.*, t. I, 1837).

**tions diagnostiques.** — Parmi ces différentes données, la dyspnée ractères particuliers est celle qui a le plus de valeur, car seule elle ysème très-probable. S'il s'y joint une saillie globuleuse générale e antérieure de la poitrine (principalement chez les vieillards), ou

des saillies partielles avec effacement des espaces intercostaux, surtout si elles occupent les régions sus et sous-claviculaires, une sonorité exagérée à la percussion et un affaiblissement du bruit respiratoire, il n'y a guère à douter de l'existence de l'emphysème. Cependant Beau, qui a formulé une théorie en opposition à celle de ses devanciers, a dénié aux hétéromorphies thoraciques toute valeur séméiologique; mais en observant les faits avec attention et sans idée préconçue, l'on peut se convaincre que ce signe existe lorsque la maladie a déjà eu une certaine durée. La saillie se produit d'ailleurs par le même mécanisme que le refoulement du cœur et celui du diaphragme (d'où la saillie de l'épigastre et l'abaissement du foie) signalés par Stokes dans un certain nombre de faits. Il n'y a, dans les saillies post-claviculaires et sous-claviculaires, rien qui ressemble à la dilatation veineuse par laquelle Beau a voulu les expliquer. Ces saillies sont particulières à l'emphysème; seulement elles n'existent pas dans tous les faits. Tout en continuant donc à admettre les hétéromorphies dues à l'emphysème, je dois faire remarquer que le son exagéré du timbre à la percussion a perdu de son importance première comme signe d'emphysème depuis que les conditions connues du **TYMPANISME** thoracique se sont multipliées; cependant, réuni aux autres signes, il concourt à compléter le diagnostic.

Mais un élément complexe de diagnostic qui contribue principalement à caractériser la maladie, ce sont les recrudescentes de la dyspnée habituelle. Il y a d'abord les recrudescentes tout à fait passagères, provoquées par la marche, l'ascension d'un lieu élevé, par l'inspiration d'un air chargé de poussière, imprégné de vapeurs excitantes, ou bien simplement par le sommeil, ce qui l'oblige fréquemment à sortir de son lit la nuit et à gagner la fenêtre pour respirer. L'accès est alors caractéristique, et, comme antécédent, il constitue une donnée excellente pour le diagnostic. Mais il y a, selon moi, deux formes de recrudescentes ou d'attaques de dyspnée qui constituent de véritables complications, et dont l'apparition vient corroborer le diagnostic.

A. — *L'accès de dyspnée est plus durable* que ceux déterminés par la marche rapide, l'ascension, les odeurs fortes, etc., dont il vient d'être question. Il peut persister un ou plusieurs jours, caractérisé par une respiration sifflante, la faiblesse ou l'absence du bruit respiratoire, par des *râles sifflants ou ronflants* qui sont peu modifiés par la toux, et qui pourront disparaître du jour au lendemain par l'usage d'un vomitif, en même temps que la poitrine diminue sensiblement de volume à la mensuration. L'accès est alors dû à une congestion pulmonaire.

B. — *L'accès de dyspnée est plus persistant encore*; il y a des râles sous-crépitants humides, des râles sonores se modifiant par la toux, et les accidents ne cèdent que d'une manière incomplète à l'emploi d'un émétique. Il y a en un mot une *bronchite* incidente plus ou moins aiguë avec la congestion. C'est dans cette espèce d'accès prolongés de dyspnée que l'on voit survenir l'œdème des membres inférieurs, qui disparaît d'abord avec la bronchite accidentelle, mais qui à la longue se répète et finit par devenir permanente.

L'emphysème n'existe, pour Beau, que pendant ces accès, qui sont pour lui des bronchites avec accès d'asthme. Mais en admettant que les symptômes de l'emphysème soient plus prononcés au moment des accès, il est clair que l'on voit persister, dans les intervalles, des signes suffisamment caractéristiques de l'emphysème, indépendants de ceux de la congestion (qui n'est pas de la bronchite) et de la bronchite elle-même.

Il serait difficile de confondre l'emphysème pulmonaire avec la bronchite

chronique simple, ainsi que le fait remarquer le docteur Louis, avec la *dilatation des bronches*, avec la *phthisie*, quoique l'on admette que les *tubercules* produisent de l'emphysème dans leur voisinage. On pourrait cependant faire à l'existence d'un emphysème pulmonaire dans les cas de *tumeur du médiastin* comprimant l'un des gros tuyaux bronchiques ou occasionnant la dyspnée, avec sonorité normale et faiblesse du bruit respiratoire du côté de la poitrine. Quant à la confusion de l'emphysème, uni à une bronchite chronique, avec la phthisie, elle a été plusieurs fois commise, et il a vu des emphysémateux être envoyés dans les climats chauds comme *névrosiques*.

Parmi les complications de l'emphysème pulmonaire, il faut noter, suivant Masini (*La Riforma clinica*, 1867), la présence d'une grande proportion d'urée dans l'urine des malades. Mais la congestion pulmonaire, trop commune en pareil cas, et la bronchite chronique ou aiguë, sont les complications habituelles de la maladie. L'*hypertrophie simple du cœur* sans lésions valvulaires est une complication fréquente de la maladie déjà ancienne; et c'est les faits de cette espèce que l'on peut observer une anasarque persistante. La *pneumonie* et, bien plus rarement, le *pneumo-thorax* par rupture des *escules* et de la plèvre, sont aussi des complications accidentelles de la maladie.

**Pronostic.** — L'emphysème pulmonaire tend incessamment à faire des progrès; mais ils sont très-lents et ne s'opposent pas à une longue existence. La congestion consécutive du cœur peut contribuer à abréger la vie. J'ai vu récemment un emphysémateux avancé en âge et atteint de bronchite, qui a succombé finalement par suite de la formation de concrétions sanguines dans le cœur hypertrophié.

**EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ.** — 1° *Caractères.* — La peau, qui est soulevée par l'accumulation d'une certaine quantité de gaz dans le tissu cellulaire sous-jacent, fait sentir sous la pression du doigt une crépitation que l'on compare avec raison à celle que produit la pression de la neige. Quelquefois la peau distendue est élastique et donne un son manifestement tympanique à percussion (Cruveilhier). Cet emphysème sous-cutané peut être local ou général, et, dans ce dernier cas, la face et le reste du corps prennent, en se développant graduellement outre mesure, des proportions hideuses. C'est un fait que le chirurgien constate beaucoup plus fréquemment que le médecin, spécialement dans les cas de fracture des côtes avec déchirure du poumon, au niveau des hernies compliquées de gangrène. Mais des solutions de continuité spontanées des organes contenant de l'air peuvent permettre à cet air de s'accumuler dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui a principalement lieu par la rupture des poumons, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte.

Guillot (*Arch. de méd.*, 1853, t. II), H. Roger (*Revue médicale*, même année, et *Actes de la Soc. des hôp.*, 6<sup>e</sup> fascicule) et Ozanam (*Arch. de méd.*, t. III) ont publié des Mémoires importants sur l'emphysème sous-cutané chez les enfants. Hervieux a décrit un *emphysème pulmonaire* des enfants du premier âge, qu'il a observé comme lésion dans une foule de conditions pathologiques très-disparates, et qui ne donne lieu pendant la vie à aucun symptôme particulier, si ce n'est, dans certains cas, à un emphysème généralisé (*Actes de la Soc. méd. des hôp.*, 1864). Suivant Guillot, dont le travail concerne les nouveau-nés, c'est au-dessus de la fourchette du sternum et des clavicules qu'il se manifeste d'abord le gonflement extérieur de l'emphysème sous-cutané; puis, de proche en proche le tissu cellulaire, qu'il distend de plus en plus,



en s'étendant de la région cervicale à tout le thorax, à la face et au crâne; il est d'abord sensible à la pression de la base du cou, avant de l'être par la suite de ces régions. Cela se conçoit; mais chez les enfants plus âgés, Ozanam (voir plus loin) a remarqué que l'air provenant de la rupture pulmonaire pouvait, en suivant les gaines vasculaires, soulever la peau des joues sous la forme d'une tumeur lisse, arrondie, brillante, et qui tantôt est ferme, élastique au toucher, si l'air n'a pénétré que par des ouvertures étroites, et tantôt, au contraire, dépressible et disparaissant complètement par la pression, pour reparaître bientôt, si l'accès de l'air est largement établi. De ces différentes manifestations de l'emphysème peut s'étendre à tout le corps, mais la mort arrive ordinairement auparavant. Elle a eu lieu vingt-cinq fois sur vingt-huit cas réunis par Ozanam et comprenant ceux de Roger et Guillot.

À l'âge adulte, l'emphysème sous-cutané présente des caractères analogues; mais seulement l'invasion peut se faire dans des points différents, comme on le verra plus loin.

2° *Conditions pathologiques et signification.* — Lorsque l'on constate la présence de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit seulement à la pression de la partie antérieure et latérale du cou, soit au niveau d'une tumeur caractéristique plus ou moins étendue, il faut en rechercher la cause. La plus fréquente chez l'enfant est une toux violente, principalement celle des accès de *coqueluche*. Suivant Ozanam, le même effet résulterait d'une bronchite aiguë, même d'une pneumonie ou d'une pleurésie, mais au niveau du poumon et non de la plèvre, qui a dès lors un surcroît d'activité (?); on a attribué encore la production de l'emphysème sous-cutané à la simple violence des cris de l'enfant due à un accès de colère, à une douleur très-vive (Ozanam), ou à des efforts musculaires exagérés, lorsque, par exemple, l'enfant cherche à se dégager des objets qui le maintiennent (Vitali, *Arch. de méd.*, 1846).

Chez l'adulte, on a vu cet emphysème produit par la perforation sous-cutanée d'une caverne tuberculeuse (Cruveilhier, Stokes), par le ramollissement d'un ganglion bronchique tuberculeux ouvert à la fois dans le médiastin et la bronche droite (Debeauvais, *Union méd.*, 1856), et, chez la femme en travail, au niveau de la face, du cou, du thorax, au moment des efforts de l'accouchement (Todd, *Edimb. med. journ.*, 1855). Dans les mêmes conditions, Clintock a observé un emphysème sous-cutané des régions sus-pubielles résultant de la rupture de l'utérus (*North-American med-chir. review*, 1858). Enfin Erichsen (*Lancet*, 1860) et Demarquay (*Gaz. des hôp.*, 1860) ont vu l'emphysème consécutif à des opérations pratiquées sur le rectum sans infiltration stercorale ou urinaire.

Presque toujours mortel par asphyxie, l'emphysème sous-cutané a été guéri dans un petit nombre de cas. Celui de Todd est du nombre.

**EMPOISONNEMENTS.** — Je ne dois entendre ici par empoisonnement que les accidents plus ou moins rapides qui résultent de l'introduction d'un poison dans l'estomac, ou de son application sur le derme dénudé, à dose suffisante pour occasionner la mort ou altérer gravement la santé. Il ne sera question dans cet article que de ces accidents aigus, les effets chroniques des substances vénéneuses étant exposés au mot INTOXICATIONS.

En dehors de tout problème médico-légal, deux questions diagnostiques se présentent à résoudre dans la pratique : 1° Existe-t-il réellement un empoisonnement? 2° En cas d'affirmative, quelle en est la cause?

I. **Existe-t-il un empoisonnement?** — Cette première question est souvent difficile à résoudre. L'invasion rapide des accidents, surtout au

ne bonne santé habituelle, leur apparition immédiatement après le repas, pression même des phénomènes observés, sont les données principales qui, sans la connaissance de la cause, font soupçonner qu'il y a empoisonnement. Mais combien de maladies spontanées se caractérisent de la même sorte ! Il peut donc y avoir fréquemment doute sur la nature des phénomènes ; doute d'autant plus sérieux que l'on a généralement négligé d'étudier les empoisonnements considérés comme maladies, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs du *Compendium* de médecine. Ce n'est que dans ces derniers temps que la question clinique a été reprise et traitée plus à fond dans le livre récemment publié par Tardieu et Roussin (*Etude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*, 1867). Cet ouvrage permet d'envisager la relation dans ses rapports avec la pathologie, ce que n'avaient pas encore fait les auteurs de faire les travaux antérieurs, ayant trop exclusivement pour objet la médecine légale au détriment de l'empoisonnement-maladie. Le travail de l'éminent professeur de médecine légale, dans lequel je vais puiser pour l'étude de l'empoisonnement en général, me fournira d'excellentes données de diagnostic.

La classification artificielle des poisons, que les études médico-légales ont cherché à établir d'après leur action particulière sur certains organes, est la seule qui puisse servir de fil conducteur dans le diagnostic des empoisonnements. Dans la première édition de ce Dictionnaire, j'ai signalé l'insuffisance de la classification des poisons en irritants, narcotiques, narcotico-âcres et septiques. Les effets dans chaque division étaient trop variables pour être caractéristiques de cette classe en général. Tardieu a démontré que cette classification pouvait être conservée, et il en a proposé une nouvelle, qui concorde avec les éléments pratiques du diagnostic. Il admet l'empoisonnement par les poisons : 1° irritants ou corrosifs ; 2° hyposthénisants ; 3° stupéfiants ; 4° narcotiques ; 5° névrosthéniques (*loc. cit.*, p. 167). Je vais suivre cette

**Effets des poisons irritants ou corrosifs.** — L'empoisonnement avec les poisons toxiques de ce groupe se reconnaît à des signes généraux assez tranchés : une sensation de chaleur brûlante et une douleur très-vive dans la gorge, le long du pharynx et jusque dans l'estomac, des vomissements multipliés de matières sanguinolentes, de couleur brune ou jaunâtre, des évacuations alvines moins abondantes, une déglutition très-douloureuse, une soif inextinguible, du météorisme, avec un état général ordinairement grave, l'altération du visage, la pâleur, l'anxiété, de l'agitation ou une prostration profonde : tels sont les signes généraux des empoisonnements par les poisons irritants ou corrosifs. Ils peuvent ulcérer et perforer le tube digestif en donnant lieu à une terminaison rapidement mortelle.

Le diagnostic d'ensemble des phénomènes, sans être observé au complet, doit faire soupçonner un empoisonnement par une substance irritante ou corrosive agissant avec énergie sur les organes digestifs, sans avoir d'action secondarisée de leur absorption. Ce genre d'empoisonnement pourrait être confondu avec de nombreuses maladies. La perforation intestinale, l'étranglement intestinal interne ou externe, la gastrite grave, la péritonite aiguë, le choléra sporadique ou épidémique, sont les principales. J'ai vu une névralgie intercostale violente et subite chez une hystérique, à la suite d'un repas, par les vomissements joints à la douleur, un empoisonnement de ce genre.

**Effets des poisons hyposthénisants.** — Quoique plusieurs des poisons de ce genre et que j'énumérerai plus loin produisent au premier abord des effets semblables à ceux qui sont dus aux poisons irritants ou corrosifs, c'est

à tort qu'on les a confondus avec eux, les hyposthénisants ayant des effets locaux qui résultent de leur absorption. On reconnaît les empoisonnements de ce groupe, non-seulement à l'existence d'une saveur âcre et à la contraction douloureuse de la gorge, aux nausées, vomissements et aux évacuations alvaires répétées, comme dans le groupe précédent, mais encore à d'autres signes bien distingués par Tardieu. Aux vomissements plutôt muqueux et glaireux bilieux et porracés, viennent s'ajouter bientôt une prostration extrême des forces, un état syncopal tout à fait caractéristique, une grande oppression, une fièvre ardente, l'absence d'urine, le météorisme du ventre, le refroidissement de la peau, des crampes, quelquefois des convulsions partielles ou générales, et des paralysies du sentiment et du mouvement. La voix s'éteint, des ecchymoses peuvent se montrer ainsi que la cyanose; la mort, qui survient plus ou moins rapidement, est précédée de sueurs visqueuses, de convulsions, de syncopes. Quand la terminaison n'est pas funeste, et que le malade guérit, la convalescence est longue et difficile. Dans la forme subaiguë, les rémissions alternent avec des recrudescences, et la santé, profondément altérée, peut à jamais être perdue.

Les maladies dont se rapproche le plus l'empoisonnement par les poisons hyposthénisants sont, selon Tardieu, l'*indigestion grave*, le *choléra* épidémique et sporadique, et quoique d'une manière moins frappante, certaines formes ataxiques et adynamiques de la *fièvre typhoïde*. La ressemblance peut être si grande pour induire en erreur, et rendre nécessaire l'analyse de l'urine et des matières rendues par les vomissements et par les selles. Les meilleurs caractères différentiels, la cause étant inconnue, seraient d'ailleurs l'existence d'une fièvre autre que l'ingestion du poison.

3° *Effets des poisons stupéfiants*. — Ces poisons ne produisent jamais d'irritation locale que l'on puisse assimiler à celle des poisons irritants; ils exercent d'une manière toute spéciale sur le système nerveux, dont ils dépriment l'activité. Ce sont eux qui ont été désignés sous la dénomination de *narcotiques âcres*. On reconnaît l'empoisonnement de ce genre d'abord aux malaises, au début, aux défaillances, céphalalgie, vertiges, douleurs épigastriques, nausées, vomissements, ballonnement du ventre. A ces symptômes, apparaissant quelques heures après l'ingestion du poison, succèdent promptement du délire agité, paisible, des hallucinations, du coma, des paralysies générales ou partielles, l'altération de la face, la dilatation des pupilles, l'embarras de la respiration; une mort rapide survient dans les convulsions ou le coma. Cependant la guérison n'est pas impossible.

Les maladies spontanées qui rappellent le plus les symptômes de l'empoisonnement par les stupéfiants sont la *méningite*, l'*apoplexie*, les *paralysies* locales, l'*hystérie* convulsive et cataleptique. Le diagnostic reste quelquefois obscur parce que les accidents en eux-mêmes ne sont pas toujours assez bien caractérisés. Je reviendrai plus loin sur ce diagnostic différentiel à propos de la question du diagnostic de l'agent toxique.

4° *Effets de l'empoisonnement par les narcotiques*. — Pour reconnaître qu'il s'agit d'un empoisonnement de ce genre, il ne faut pas oublier que l'usage des narcotiques s'exerce directement et tout spécialement sur le système nerveux, en produisant le *narcotisme*. Des pesanteurs de tête, des vertiges, l'altération des sens; l'augmentation de la chaleur générale et de la force du pouls; la sécheresse de la gorge et de la peau; les nausées, les vomissements; la suppression de toutes les sécrétions; un prurit très-vif, souvent accompagné d'éruptions papuleuses (prurigo, urticaire) ou vésiculeuses (eczéma) un assoupissement

est profond dès le début, la résolution des membres, l'injection de la face, l'écartement du regard, avec resserrement de la pupille signalé par Orfila, et considéré comme constant avec la somnolence par Trousseau et Pidoux; parfois le gonflement et la teinte violacée des paupières; enfin, dans certains cas, la respiration cesse s'embarrassant de plus en plus jusqu'à la terminaison par la mort, lieu en général de sept à douze heures après l'ingestion du poison : tels sont les phénomènes de cet empoisonnement. La mort est souvent hâtée par la rupture des muscles thoraciques et du diaphragme, ou par des convulsions (Lieu, *loc. cit.*, p. 851).

Les effets toxiques des narcotiques peuvent facilement être confondus avec l'hémorrhagie ou la congestion cérébrale, avec l'apoplexie pulmonaire ou l'asphyxie par la vapeur du charbon. En l'absence de renseignements sur la nature du poison, il n'y aura de distinction possible, pendant la vie, qu'avec l'hémorrhagie intestinale qui s'accompagne d'une hémiplegie ou de contracture d'un seul côté du corps, ce qui n'a pas lieu dans le narcotisme.

**Effets de l'empoisonnement par les poisons névrosthéniques.** — Ici, le tableau symptomatique qui peut faire soupçonner l'empoisonnement est celui des convulsions épileptiques. La mort peut être presque instantanée, tant l'action des poisons est rapide; mais lorsque les effets sont moins immédiatement mortels, on observe les signes d'une vive stimulation cérébrale : éblouissements, vertiges, tintements d'oreilles, agitation, délire; puis frémissements nerveux dans les membres; accélération des mouvements respiratoires, raieles mâchoires, contractions spasmodiques, dysurie, orgasme vénérien; convulsions générales interrompues par des rémissions de plus en plus faibles; suffocation imminente, abolition du sentiment et du mouvement, coma, émission d'écume dans les bronches, mort. Si la guérison a lieu, elle est lente, et peut persister des vertiges, une anxiété précordiale très-pénible, et surtout paralysies des muscles ou des sens.

Les effets toxiques ont quelque analogie avec les symptômes de l'éclampsie, de l'épilepsie, de l'hystérie, dont il est cependant facile de les distinguer, si l'on a égard à l'évolution des attaques. L'angine de poitrine et le spasme de l'œsophage ne sauraient être confondus avec l'empoisonnement dont il est question dans les cas où la mort est presque subite, ce qui n'a d'intérêt que pour le médecin légiste.

L'aperçu général des effets des empoisonnements de chaque groupe ne peut servir qu'à soupçonner l'empoisonnement et à en déterminer le genre; mais le diagnostic ne peut se compléter que par la recherche et la connaissance de la nature toxique. Sans aborder les questions de toxicologie, si intéressantes elles sont, mais qui seraient ici un hors-d'œuvre, il me reste donc à exposer les moyens qui peuvent mettre le praticien sur la voie pour la détermination de la cause.

**Lorsqu'il y a empoisonnement, qu'elle en est la cause ?** — Pour le diagnostic de l'empoisonnement considéré en général, il est pensable de distinguer ici les uns des autres les cinq groupes que j'ai rappelés précédemment, et dont j'ai exposé les caractères particuliers, sans spécifier ceux qui sont propres à faire distinguer les agents toxiques les uns des autres de chaque groupe, ce que je vais faire succinctement.

**Poisons irritants ou corrosifs.** — Il ne faut pas oublier que, dans cette classe de poisons, on peut avoir affaire : aux acides concentrés, sulfurique, azotique ou azotique, chlorhydrique, oxalique; à des sels acides, comme l'acide nitrique ou le nitrate acide de mercure; à des alcalis, tels que la potasse et la soude

caustiques, l'eau de Javelle; enfin à des principes végétaux irritants, notamment les *purgatifs drastiques* (les euphorbiacés, le croton tiglium, la bryone, la rue, la coloquinte, la gomme-gutte sont les plus usités). La coralline doit être rapprochée des drastiques pour ses effets toxiques.

On reconnaît qu'un empoisonnement par un poison irritant est dû à un acide concentré, selon Orfila, lorsque l'on constate les signes suivants : la salive du liquide est franchement acide; il produit en même temps une chaleur dans la gorge. Il bouillonne sur le carreau, et rougit fortement la teinture de tournesol. S'il y a en même temps des taches à l'intérieur des lèvres et de la bouche, on doit admettre qu'il s'agit de l'acide *sulfurique* (taches noires), de l'acide *nitrique* ou azotique (taches jaunes), ou de l'acide *chlorhydrique* (taches rouges). — On a affaire à un empoisonnement par un alcali (sous-carbonate de potasse, soude, eau de Javelle, ammoniaque) si la salive des vomissements ne bouillonne pas sur le carreau, si elle est comme une huile neuve et grasse au toucher, si elle ramène au bleu la teinture de tournesol rougie par un acide, si elle rougit le papier de curcuma et verdit le sirop de violettes. Cet examen chimique est d'autant plus essentiel que la bouche et la gorge ne peuvent présenter que des signes d'inflammation avec ou sans érosion et que les autres signes ne diffèrent pas de ceux de l'empoisonnement par un acide concentré, si ce n'est pourtant par la saveur âcre, caustique, urticaire, qui détermine l'alcali dans la bouche, et, chez certains sujets, la *péritrite* qui peut résulter de la perforation de l'estomac par les alcalis caustiques. Quant à l'empoisonnement par les *drastiques*, leur ingestion sera le plus souvent facile à constater, soit qu'ils aient été prescrits par le médecin lui-même, et que la dose ait été trop élevée, soit que la substance ait été prise par mégarde, ce qui peut arriver pour des plantes de jardin, telles que la *bryone*, dont la racine est quelquefois confondue avec le navet. C'est par exclusion des acides et des alcalis caustiques qu'on arrivera à déterminer l'une de ces dernières (drastiques), s'il y a eu intérêt à les cacher dans un but criminel.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine, Tardieu a signalé l'action de l'huile de croton tiglium, celle de la *coralline* ou *poivre de Corail*, substance tinctoriale qui dérive de l'acide rosolique, lequel lui-même est un dérivé de l'acide phénique. Il signale son action locale sous forme d'une éruption vésiculeuse très-aiguë, et des effets généraux tels que l'inflammation violente du tube digestif. Jusqu'ici on n'a observé que des effets locaux, produits par des chaussettes ou des bas teints en rouge par la coralline (Tardieu, de Rouen). Mais l'expérimentation a démontré que cette substance, injectée sous la peau des animaux, avait des effets toxiques rapidement mortels (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, février 1869, et *Annales d'hygiène publique*, avril 1869). C'est donc un poison irritant des plus dangereux et dont l'emploi indélicat mérite la plus sérieuse attention.

2° *Poisons hyposthénisants*. — On a ici à rechercher si l'on a affaire à des préparations arsénicales; au phosphore; au sublimé corrosif et aux sels de mercure; aux sels de cuivre, à l'émétique, au nitre, au sel d'oxalate (bioxalate de potasse), à la digitale et à son principe extractif, la digitaline.

a. — Quoique les préparations arsénicales soient moins employées que par le passé, et même trois fois dans un but criminel, le diagnostic des accidents qu'elles occasionnent est devenu très-important, par suite de l'emploi fréquent de l'arsenic en médecine, et de l'utilisation, depuis plusieurs années, des verts arsénicaux pour la teinture des papiers, des étoffes et des fleurs. Il en est résulté des empoisonnements professionnels et accidentels trop nombreux pour ne pas être pa-



signalés. L'empoisonnement par l'arsenic, difficile d'ailleurs à bien netter en quatre formes (Tardieu). A la forme *suraiguë* se rapportent ceux que j'ai attribués à cette classe, dont l'arsenic est le type; à la forme *basée* des vomissements, d'évacuations et de réaction fébrile, et celle avec syncopes et somnolence ultime; à la forme *subaiguë*, d'une durée de six à dix jours, un ensemble de phénomènes généraux et locaux, et quelquefois des éruptions cutanées pétéchiales, papuleuses, ou même pustuleuses; enfin à la forme *lente*, résultant de doses successives, se rapportent, outre les accidents digestifs qui présentent des alternatives multipliées de convalescence apparente et de rechutes des douleurs et des lassitudes dans les membres, des vertiges, l'incapacité de se tenir debout, des hémorrhagies variées, parfois des syncopes, des convulsions, et enfin la paraplégie.

Le *phosphore*, par suite de la fabrication et de l'usage des allumettes, a produit depuis quinze ans des empoisonnements qui se sont élevés à une proportion effrayante. D'un autre côté, la marche des accidents est souvent insidieuse, ce qui oblige à une étude clinique attentive pour les reconnaître. Tardieu rejette les divisions de Palk (de Marbourg), qui sont le phosphorisme intestinal aigu, un phosphorisme cérébro-spinal et le phosphorisme pneumo-gastrique. Il admet que l'empoisonnement par le phosphore à marche rapide ou lente (mais jamais foudroyante), présente des symptômes distinctes : une forme *commune*, une forme *grave* et une forme *hémorrhagique*, pouvant être isolées ou constituer des formes successives. Leur importance diagnostique oblige à les bien distinguer.

— Dans la forme commune, dont l'invasion n'est pas très-rapide (comme dans les autres formes), à la douleur de gorge, avec gonflement de la langue, à l'épigastre, ictère, malaise, agitation, succèdent des vomissements, quelquefois des sueurs dans l'obscurité; puis ces vomissements cessent dans les vingt-quatre heures ou après trente-six heures, et il survient une sédation avec douleurs erratiques pendant deux, trois ou quatre jours, et la mort survient subitement quand la guérison paraît impossible.

Dans la forme nerveuse, il y a prédominance d'engourdissements des membres, de fourmillements, de crampes douloureuses, de troubles de sensibilité, de syncopes répétées; la prostration est extrême, la voix devient rauque, le visage se dessèche, avec plaques érythémateuses; puis éclate le délire avec resserrement convulsif des mâchoires, soubresauts, enfin coma et mort du septième au douzième jour. — Dans la forme grave qui est assez lente, les signes de l'altération du sang prédominent, souvent formés de sang pur, des selles de même nature avec gonflement douloureux du foie, faiblesse des battements du cœur, fréquence et signes nerveux de l'anémie. Dans l'intervalle d'améliorations se montrent des hémorrhagies par toutes les voies. Ici l'ictère est prononcé, dont la conjonctive est ecchymosée, prend un aspect singulier. La cachexie va croissant, et la mort survient fatalement, quelquefois en quelques mois.

Le tableau de ces phénomènes rend le diagnostic de l'empoisonnement par le phosphore souvent difficile. C'est surtout avec l'ICTÈRE GRAVE non vénéneux qu'il est facile de le confondre. L'appareil symptomatique est moins grave dans la forme commune; l'ictère est tardif, mais ce n'est guère que par les phénomènes que l'on peut être mis sur la voie du diagnostic lorsque ces phénomènes sont prononcés. On ne peut parler de la sensation de chaleur à la gorge, des éructations

et des vomissements lumineux, et du goût de soufre et de phosphore à la bouche. Il faut tenir compte également ici de l'absence de la fièvre, qui est constante dans l'ictère grave. Un fait important qui permet de se rendre compte de beaucoup de particularités diagnostiques de l'empoisonnement par le phosphore, c'est la stéatose rapide du foie et des autres organes. La dégénérescence graisseuse est survenue en quelques jours chez des animaux empoisonnés par le phosphore, ainsi que Fritz, Ranvier et Verliac l'ont montré, et on a vu cette dégénérescence s'emparer du cœur, du foie, des reins, de l'estomac et des muscles des membres chez des individus empoisonnés quarante-huit heures seulement (*loc. cit.*, p. 445).

J'aurai à revenir sur les accidents produits par le phosphore à propos des INTOXICATIONS.

c. — Les sels de cuivre (provenant surtout de casseroles mal étamées) produisent des accidents caractérisés principalement par des symptômes de méningite à la fois inflammatoires et hémorragiques. La saveur particulière du cuivre, l'apparition rapide et l'extrême abondance des vomissements, la déjection alvine, et, dans la forme lente, la couleur rouge purpurine de la salivation des gencives peuvent contribuer à faire distinguer cette sorte d'empoisonnement, mais c'est surtout l'analyse chimique qui peut lever tous les doutes ou bien le dépôt rapide de cuivre métallique sur un objet de fer ou d'acier trempé et plongé dans la matière des vomissements (Orfila).

d. — Les sels mercuriels, le sublimé corrosif principalement, produisent des accidents qui peuvent être subits et intenses (comme les poisons irritants corrosifs), une sensation de brûlure dans l'intérieur de la bouche qui se traduit par une salivation très-abondante, et quelquefois ébranlement des dents. Ces accidents sont caractéristiques. Ils le sont davantage dans la forme moins aiguë, dans laquelle on peut observer tous les signes d'une intoxication aiguë (Voyez INTOXICATIONS), et surtout dans la forme lente, qui ressemble à l'intoxication chronique dite.

e. — L'empoisonnement par l'émétique se caractérise principalement par des vomissements abondants et répétés suivis de selles diarrhéiques et de phénomènes graves d'hyposthénie : défaillances, syncopes, agitation, vertiges, sorte d'ivresse, hoquet persistant, refroidissement, prostration, pouls dépressif, délire, convulsions, et mort en quelques heures ou quelques jours; on voit survenir, dans diverses parties du corps, vers le quatrième jour, une éruption vésiculo-pustuleuse semblable à celle que produit la pommade stibée. Dans la forme lente et par cela même très-insidieuse qui est souvent méconnue.

f. — Ce sont encore les phénomènes de prostration profonde ou d'hyposthénie qui dominent dans l'empoisonnement par le sel de nitre (nitrate de potasse) ou par le sel d'oseille (bioxalate de potasse). Je me contente de le rappeler.

g. — L'empoisonnement par la digitale ou par la digitaline se reconnaît peu près aux mêmes phénomènes. — La digitale à dose toxique produit des accidents plus ou moins lents à se manifester. Outre les phénomènes généraux et les vomissements fréquemment répétés d'abord, il y a un affaissement profond; la face est pâle, il y a une chaleur vive à la tête, des vertiges, des éblouissements et un trouble considérable de la vue, des bourdonnements d'oreille, un pouls d'abord précipité et fort inégal, intermittent, puis à cinquante et quarante pulsations par minute. Les pupilles sont dilatées, et les yeux semblent sortir de la tête. Enfin on a signalé cette particularité que la couleur du feu paraît bleue au patient. Le pouls devient in-

illente; enfin le hoquet, des évacuations involontaires et quelques mouvements convulsifs précèdent la mort. Cependant cette terminaison n'est pas conspécieuse. Tardieu, sur vingt-huit cas, a pu compter dix-neuf guérisons. La digitaline, employée à dose toxique comme médicament (par méprise), est un moyen de suicide, ou dans une intention criminelle, produit des phénomènes analogues à ceux qui sont dus à la digitale, mais ils sont habituellement plus rapides et plus accentués. De part et d'autre, l'exophtalmie avec dilatation des pupilles donne à la physionomie un aspect caractéristique dans les affections où elle se développe.

**Poisons stupéfiants.** — Il faut ranger ici les préparations de plomb et le breuvage, comme dans le cidre, le vin, le vinaigre, ou ingérées accidentellement; les solanées vireuses, la belladone, la jusquiame, le datura, la mandragore, etc.; le tabac et la nicotine; la ciguë et la conicine; l'aconit et l'aconitine, les champignons, le curare, le chloroforme, l'alcool.

Les préparations de plomb prises à doses toxiques agissent rapidement et produisent comme accidents spéciaux: la saveur douceâtre sucrée persistante après leur ingestion, et parfois un liseré bleuâtre sur le bord des gencives, les gencives noircies, ainsi que les dents, en même temps que l'haleine est fétide. Souvent se joignent les accidents gastriques et nerveux qui caractérisent les empoisonnements par les stupéfiants, et que j'ai rappelés plus haut. — Quant aux des solanées vireuses, la belladone en tête, ils constituent dans leur ensemble le type de cet empoisonnement par les stupéfiants. — On peut en citer un exemple du tabac, qui a produit des empoisonnements par l'abus excessif de la pipe, par son ingestion sous forme de macération dans du vin, ou de la poudre dans l'eau, et parfois même en simple lavement. Enfin l'application de la poudre sur l'eau, même non dénudée, de feuilles qui y étaient appliquées dans un linge mouillé, a eu des effets toxiques, ainsi que Hildenbrand, Namias, Polk et Gallavardin (*Gaz. des hôp.*, 1864) en ont cité de remarquables exemples. Quant à la nicotine pure, c'est un poison foudroyant dont quelques gouttes seules peuvent-être, instillées dans la bouche, donnent instantanément la mort; son étude n'est donc que du ressort de la médecine légale. — La ciguë doit être signalée comme donnant lieu à des empoisonnements par la poudre que l'on fait de la petite ciguë avec le persil. — La racine d'aconit fondue aussi quelquefois avec celle du raifort; confusion importante à éviter comme celle des autres solanées avec d'autres plantes comestibles, et qui se met sur la voie du diagnostic de l'espèce de poison stupéfiant à rechercher. L'aconitine, alcaloïde de l'aconit, constitue un poison plus formidable que la belladone, puisque un dixième de grain suffit pour faire périr un adulte (Tardieu). Les champignons vénéneux produisent des phénomènes toxiques qui se bornent quelquefois à des manifestations sur le système nerveux. Mais il ne faut pas les confondre, comme Taylor, n'y voir qu'un simple narcotisme. — Le curare, dont l'action n'est pas encore bien connue, et qui a été étudié expérimentalement par Brown et Liouville, produit une sorte de sidération incomplète sur le système nerveux (*Gazette hebdomad. de méd. et de chirurgie* et *Nouv. ann. de méd. et de chirurg.*). — Le chloroforme, ingéré dans l'estomac à dose toxique, produit des étourdissements, de l'incohérence dans les idées, une ivresse bruyante que précèdent le coma et une complète insensibilité. La respiration est stertoreuse, la pupille dilatée; les dents grincent, l'haleine a l'odeur du chloroforme, le pouls est lent et faible, la peau froide, et il survient des convulsions épileptiformes, puis la mort (en quelques heures). Habituellement, le réveil s'opère lentement, et d'abord les vomissements

surviennent (Tardieu, *loc. cit.*, p. 836). A. Taylor, Aran, Smith, R ont rapporté des faits de mort par cet empoisonnement, dont les effets de ceux de l'inhalation du chloroforme. Ils sont importants à connaître sage fréquent de cette substance en médecine, et les méprises qui peuvent en résulter. — Enfin, comme effet toxique de l'alcool, en dehors de l'alcoolisme, je me contente de rappeler les morts subites que produit l'ingestion d'une grande quantité de liqueur alcoolique dans un court espace de temps.

4° *Poisons narcotiques.* — Une seule substance, l'*opium*, ses préparations et ses préparations variées, constitue la classe des narcotiques. On peut peu de chose à ajouter à ce que j'ai dit précédemment de l'empoisonnement par ce genre (p. 336). On a noté depuis longtemps, comme signe particulier de l'empoisonnement par le laudanum, des *taches jaunes ou brunes* aux mains et sur le corps, coloration qui peut se retrouver dans les matières des vomissements et des déjections. On doit ajouter qu'il peut y avoir des *hallucinations* et une suspension de la sécrétion urinaire que l'on constate assez fréquemment dans la pratique avec des doses non toxiques d'opium.

5° *Poisons névrosthéniques.* — Tardieu range ici comme phénomènes que j'ai rappelés page 337, la *noix vomique* et la *strychnine* ou *strychnine prussique* ou *cyanhydrique* et les *cantharides*.

Les accidents tétaniques que produisent la *noix vomique* et la *strychnine* sont trop bien connus pour que j'y insiste. — L'empoisonnement par l'*acide prussique* est resté le type de l'empoisonnement foudroyant. Il existe un grand nombre d'exemples où la mort est moins rapide ou où elle n'arrive heureusement pas. Alors le début des accidents est subit : l'individu tombe tout à coup, privé de sentiment et de mouvement; le corps se raidit, il y a une convulsion tétanique; la respiration s'arrête et reste suspendue après de rares et profondes inspirations; la face est tuméfiée et violacée, les yeux saillants, ou bien le visage est pâle, la pupille dilatée, le pouls devint insensible, et la mort termine la scène en quelques minutes, quinze au plus. Dans les accidents durent quelques heures, les convulsions se renouvellent avec des intervalles effrayants. L'huile d'amandes amères, l'eau de laurier cerise, pure ou diluée, à l'alcool (kirsch falsifié), certaines conserves de confiserie où il y a des périspermes des fruits à noyaux, et les cyanures (celui de potassium) sont les substances qui donnent lieu à ces terribles accidents. — C'est dans un certain nombre de faits que les cantharides produisent des accidents tétaniques qui justifient le classement des *cantharides* dans ce groupe de poisons névrosthéniques. Il y a dans tous les cas une action irritante sur les organes digestifs, des déjections sanguinolentes dans lesquelles on trouve en les examinant de près, des petites paillettes mordorées et brillantes dans les urines sanguinolentes avec strangurie, ardeur de la vessie et du rectum, avec ténésme vésical et rectal. Les hommes peuvent, en outre, être atteints d'un priapisme incessant, à une fureur érotique effrayante. Lorsque ces accidents s'apaisent graduellement, il peut persister longtemps une gastralgie et quelquefois aussi une albuminurie comme symptôme de néphrite.

Dans cet article sur les empoisonnements, il n'a pas été question de l'empoisonnement lent et graduel des poisons qui donne lieu à des intoxications diverses suivant leurs causes, et dont les caractères symptomatiques et l'évolution, diffèrent en général de ceux de l'empoisonnement par les agents toxiques. J'en ai traité au mot INTOXICATIONS et dans d'autres articles auxquels ce dernier renvoie.

**ME.** — *Voy. PLEURÉSIE.*

**HALE.** — Les centres nerveux contenus dans le crâne, et que l'on a la dénomination commune d'encéphale, présentent d'abord ceci de ce qu'ils sont renfermés dans une cavité close et à parois plus ou moins rigides suivant l'âge, d'où résulte l'impossibilité d'expansion de ces organes. Les maladies communes au cerveau, au cervelet et à la protubérance, les hémorragies, l'inflammation aiguë ou chronique, les abcès, le ramollissement, considéré dans certains cas comme (Abercrombie), l'HYPERTROPHIE, les TUMEURS diverses et les autres, étant plus particulièrement ces centres nerveux. Les études modernes ont modifié profondément les idées reçues relativement à la conception cet ensemble de maladies. La part de l'inflammation a diminué depuis qu'il a été démontré que la plupart des ramollissements dépendent (Voy. ENCÉPHALITE et RAMOLLISSEMENT cérébral).

Ces faits qui dénotent l'existence de ces différentes affections sont pour nous d'un grand intérêt. Les symptômes qui dénotent l'existence de ces différentes affections sont pour nous d'un grand intérêt. La céphalalgie, le délire, la perte de connaissance incomplète, la somnolence, le coma, les autres troubles intellectuels, les convulsions, les contractures, les paralysies du mouvement et de la sensibilité, en effet, l'ensemble presque complet de la séméiologie encéphalique; mais, malheureusement pour le diagnostic, les symptômes pris isolément n'ont une valeur absolue, car tous, sans exception, se rencontrent dans des circonstances où aucune lésion n'existe dans les centres nerveux intra-crâniens. La valeur isolée de ces symptômes, dans les affections variées où on les rencontre, a été discutée dans cet ouvrage; je n'ai donc pas à m'en occuper dans le présent article, mais à poser la question d'une manière plus générale.

Il faut distinguer deux ordres de faits parmi ceux qui se présentent dans la séméiologie des uns, les phénomènes cérébraux constituent seuls en apparence la maladie; d'autre part; dans les autres, ils ne sont qu'un épiphénomène complexe dans le cours d'une maladie préexistante.

Les accidents cérébraux paraissent être isolés, il faut songer, dans les premiers cas, à l'existence possible de certaines maladies latentes capables de les produire, comme l'albuminurie, la glycosurie, les intoxications; on peut alors se proposer de découvrir que ces faits rentrent dans la seconde catégorie, les phalopathies symptomatiques. C'est donc par un interrogatoire et par l'observation attentive du malade que l'on pourra seulement décider si les accidents cérébraux sont réellement primitifs.

Les encéphalopathies secondaires se montrant manifestement dans le cours d'une maladie préexistante, il me faudrait rappeler un si grand nombre de faits que cette énumération perdrait par cela même tout intérêt. Il est le premier but du praticien, en pareille circonstance, est de constater l'existence d'une maladie principale, dont les phénomènes encéphaliques n'existent qu'à titre d'accessoire. Or, ces complications sont signalées à propos de chacune des maladies dont on se propose de faire le point de départ.

Une autre question, tout aussi importante que la nature primitive ou secondaire des accidents encéphaliques, à élucider au lit des malades; c'est de savoir si ces accidents sont ou non une lésion cérébrale?

On se propose de grouper des symptômes qui, apparaissant dans des conditions données, doivent faire soupçonner l'existence d'une lésion matérielle du cerveau. Ce sont : une perte subite de connaissance immédiatement suivie d'une paralysie persistante plus ou moins complète chez l'homme, ou



une céphalalgie opiniâtre avec paralysies partielles et contractures à progrès lents, mais croissants. Il en est de même d'accès épileptiformes de plus en plus fréquents avec altération croissante de l'intelligence et des sens. Cependant ces règles générales n'ont rien d'absolu, et si un grand nombre d'observateurs autorisent ce diagnostic, il faut que l'on sache qu'il y a des faits exceptionnels dans lesquels l'absence de toute lésion à l'autopsie vient de temps à autre à dérouter le praticien.

D'un autre côté, il y a un certain nombre de conditions pathologiques qui doivent faire rejeter la probabilité d'une lésion encéphalique. Telles sont les hémiplésies qui surviennent après une perte de connaissance chez les jeunes femmes, et qui sont presque toujours de nature hystérique. J'ai observé un cas qui démontre ici encore combien est épineuse à résoudre la question des lésions cérébrales pendant la vie. Il s'agissait d'une jeune fille hystérique, atteinte de plusieurs mois d'une hémiplégie droite incomplète, rattachée d'abord à une névrose, et qui, ayant succombé rapidement dans une attaque épileptique, présentait un kyste volumineux qui comprimait le lobe moyen gauche du cerveau. Une seule circonstance m'avait fait soupçonner une lésion des centres nerveux, c'est une chorée partielle (des muscles du haut de la face). La chorée limitée, en effet, indiquée comme un signe distinctif des convulsions choréiques, n'est pas une lésion (*Voy. CHORÉE*). Les encéphalopathies par intoxications doivent être considérées comme indépendantes de toute altération saisissable des centres nerveux, qui subissent pourtant l'influence de la substance intoxicante, mais ici encore, rien d'absolu ne saurait être exprimé. Toutefois, si l'on suit Duchenne (de Boulogne), on aurait, dans la faradisation localisée, une sonde pierre de touche qui, dans certains cas embarrassants, trancherait la question, mais l'électrisation est surtout utile pour la distinction des diverses espèces de paralysies partielles. Pour la solution du problème pratique qui m'occupe (la distinction des phénomènes cérébraux avec ou sans lésion encéphalique), l'électrisation n'est pas une source de données distinctives suffisantes, puisqu'elle donne le même résultat, c'est-à-dire la conservation de la contractilité électro-musculaire des parties paralysées, se rencontre à la fois dans les paralysies avec lésion cérébrale et dans les paralysies hystériques ou rhumatismales, dans lesquelles ces lésions manquent (*Voy. PARALYSIES*). En définitive, il n'existe aucun signe précis particulier qui permette de distinguer si, dans les maladies encéphaliques (dont je retranche les affections des méninges), il y a ou non lésion matérielle. Cela est d'autant plus regrettable que la gravité de la maladie est toute différente dans les deux cas. On n'a donc de ressources diagnostiques que dans l'ensemble des symptômes observés, et dans leur évolution.

3° Quant au diagnostic de la *localisation anatomique* de la lésion encéphalique, lorsqu'il en existe, on a plusieurs fois tenté, d'après des faits d'ailleurs trop peu nombreux, d'établir la correspondance du siège de certains signes avec tel ou tel organe, avec l'altération de parties déterminées de l'encéphale. Les conclusions ainsi formulées ont été prématurées, et, pour la plupart, démenties par des faits ultérieurs contraires. Dans beaucoup d'affections cérébrales, suivant Schiff, le siège des altérations anatomiques n'est nullement le siège des troubles fonctionnels. Le diagnostic anatomique d'une maladie de l'encéphale peut donc être exact. C'est aussi l'opinion de Griesinger (*Arch. für Psychiatrie und Neurologie*, 1860). Les seules lois générales qui paraissent acquises sur ce point sont bien peu nombreuses. L'hémiplégie annonce d'une manière à peu près constante que la lésion siège dans le côté opposé de l'encéphale. Le fait, qui est absolu pour les hémisphères cérébraux, est moins constant pour le cer-

ment distinguer, par les symptômes, les lésions du *cervelet* de celles du *au*? On doit avouer que, dans beaucoup de cas, la chose est impossible, ce l'ont prouvé les recherches d'Andral. Cependant on a voulu rattacher les lésions cérébelleuses les troubles plus profonds de la respiration et de l'articulation (Morgagni), l'érection du pénis (Serres), la paralysie isolée du mouvement avec impulsion irrésistible de la marche en avant, le coma, l'urrose; mais ces signes ne se rattachent qu'à des faits peu nombreux ou uniques. Dans d'autres faits, le défaut de coordination des mouvements, les troubles fonctionnels du côté du *pharynx*, comme j'en ai observé un exemple (Soc. des hôp. et Union méd., 1855), le retour rapide de la connaissance d'abord perdue, les vomissements plus ou moins répétés, la résolution des membres sans paralysie et l'intégrité de la sensibilité, constatés chez des vieillards par Hillairet (Soc. des hôp. et Arch. de méd., 1858, t. XI), font plutôt faire soupçonner le siège de la lésion dans le *cervelet*.

Plus récemment, Leven et Aug. Olivier ont cherché à élucider la question des lésions cérébelleuses (*Physiol. et Pathol. du cervelet*; Arch. de méd., t. XI, 1863). Suivant eux, il faut faire deux groupes des maladies du *cervelet*, un, qui comprend toutes celles qui n'affectent que le *cervelet*; l'autre, les lésions qui, en affectant le *cervelet*, sont compliquées de compression de la *moelle allongée*. — 1<sup>o</sup> Quand cette compression n'existe pas, il n'y a aucune altération de l'intelligence ni de la sensibilité, sauf une céphalalgie occipitale. Il y a des mouvements convulsifs des membres, avec affaiblissement musculaire, des mouvements de rotation, de manège, hémiplégie, etc.; du côté des lésions de la langue, la difficulté ou l'impossibilité d'articuler; du côté des lésions de l'œil, du strabisme, la dilatation ou la contraction pupillaire, et l'hyopie, ou même la cécité, phénomène fréquent et inexplicable. Enfin on peut ajouter les convulsions pharyngiennes au moment de la déglutition, que j'ai observées chez mon malade. — 2<sup>o</sup> Quand la compression de la *moelle allongée* par suite de la lésion cérébelleuse, aux symptômes précédents se joignent des vomissements, la respiration stertoreuse, un pouls irrégulier ou bien une mort subite ou précédée de coma.

Quant à la protubérance annulaire ou mésocéphale, Serres avait indiqué dans sa séméiologie de ses lésions la paralysie générale; Ollivier (d'Angers), l'hémiplégie plus complète du mouvement que de la sensibilité, ou des convulsions violentes; Godelier, l'hémiplégie avec strabisme, une gêne progressive de la mastication, de l'articulation des sons et de la déglutition, sans altération de la sensibilité. Enfin Millard et Gubler ont signalé ce fait très-important que l'hémiplégie produite par les lésions de cette partie de l'encéphale était le plus souvent alterne, c'est-à-dire occupait directement la face du côté de la lésion, et les membres de l'autre côté du corps. Gubler a fait à ce sujet de nombreuses recherches et groupé un grand nombre d'observations très-concluantes (Arch. hebdom. de méd. et de chirurgie, 1856, 1858 et 1859). Cependant il faut pas oublier que des faits contradictoires d'hémiplégie non croisée ont été observés, ce qui démontre une fois de plus la difficulté de préciser la localisation des lésions encéphaliques pendant la vie.

Le travail le plus étendu et le plus consciencieux qui ait été publié sur la protubérance est dû à O. Larcher, qui est arrivé à établir d'abord la similitude des lésions de la protubérance annulaire avec celles des autres parties de l'encéphale (*Pathologie de la protubérance annulaire*, 1868, Thèse de doctorat). Quant à l'hyperémie, qui n'est qu'une lésion sans symptômes connus, il y a d'abord l'hémorrhagie, qui peut frapper des sujets encore jeunes (vingt-quatre

une céphalalgie opiniâtre avec paralysies partielles et contractures à lents, mais croissants. Il en est de même d'accès épileptiformes de plus fréquents avec altération croissante de l'intelligence et des sens. Ces règles générales n'ont rien d'absolu, et si un grand nombre d'observateurs autorisent ce diagnostic, il faut que l'on sache qu'il y a des faits exceptés dans lesquels l'absence de toute lésion à l'autopsie vient de temps à dérouter le praticien.

D'un autre côté, il y a un certain nombre de conditions pathologiques doivent faire rejeter la probabilité d'une lésion encéphalique. Telles hémiplegies qui surviennent après une perte de connaissance chez les femmes, et qui sont presque toujours de nature hystérique. J'ai observé qui démontre ici encore combien est épineuse à résoudre la question des lésions cérébrales pendant la vie. Il s'agissait d'une jeune fille hystérique, atteinte plusieurs mois d'une hémiplegie droite incomplète, rattachée d'abord à une névrose, et qui, ayant succombé rapidement dans une attaque épileptique, présentait un kyste volumineux qui comprimait le lobe moyen gauche du cerveau. Une seule circonstance m'avait fait soupçonner une lésion des centres nerveux, c'est une chorée partielle (des muscles du haut de la face). La chorée a été, en effet, indiquée comme un signe distinctif des convulsions choréiques dans les lésions (Voy. CHORÉE). Les encéphalopathies par intoxications doivent être considérées comme indépendantes de toute altération saisissable des centres nerveux, qui subissent pourtant l'influence de la substance intime du cerveau, mais ici encore, rien d'absolu ne saurait être exprimé. Toutefois, Duchenne (de Boulogne), on aurait, dans la faradisation localisée, une pierre de touche qui, dans certains cas embarrassants, trancherait la question, mais l'électrisation est surtout utile pour la distinction des diverses espèces de paralysies partielles. Pour la solution du problème pratique qui m'occupe, la distinction des phénomènes cérébraux avec ou sans lésion encéphalique par la faradisation n'est pas une source de données distinctives suffisantes, pu même résultat, c'est-à-dire la conservation de la contractilité électro-motrice des parties paralysées, se rencontre à la fois dans les paralysies avérées d'origine cérébrale et dans les paralysies hystériques ou rhumatismales, dans lesquelles ces lésions manquent (Voy. PARALYSIES). En définitive, il n'existe aucun fait précis particulier qui permette de distinguer si, dans les maladies épileptiques (dont je retranche les affections des méninges), il y a ou non une lésion matérielle. Cela est d'autant plus regrettable que la gravité de la maladie est toute différente dans les deux cas. On n'a donc de ressources diagnostiques que dans l'ensemble des symptômes observés, et dans leur évolution.

3<sup>e</sup> Quant au diagnostic de la *localisation anatomique* de la lésion encéphalique, lorsqu'il en existe, on a plusieurs fois tenté, d'après des faits d'observation trop peu nombreux, d'établir la correspondance du siège de certains symptômes avec tel ou tel organe, avec l'altération de parties déterminées de l'encéphale. Les conclusions ainsi formulées ont été prématurées, et, pour la plupart, démenties par des faits ultérieurs contraires. Dans beaucoup d'affections cérébrales, suivant Schiff, le siège des altérations anatomiques n'est nullement le siège des troubles fonctionnels. Le diagnostic anatomique d'une maladie de l'encéphale peut donc être exact. C'est aussi l'opinion de Griesinger (*Arch. für Psychiatrie*, 1860). Les seules lois générales qui paraissent acquises sur ce sujet sont bien peu nombreuses. L'hémiplegie annonce d'une manière presque constante que la lésion siège dans le côté opposé de l'encéphale. Le fait, qui est absolu pour les hémisphères cérébraux, est moins constant pour le cer-

Comment distinguer, par les symptômes, les lésions du *cervelet* de celles du *cerveau*? On doit avouer que, dans beaucoup de cas, la chose est impossible, comme l'ont prouvé les recherches d'Andral. Cependant on a voulu rattacher les lésions cérébelleuses les troubles plus profonds de la respiration et de la circulation (Morgagni), l'érection du pénis (Serres), la paralysie isolée du sentiment avec impulsion irrésistible de la marche en avant, le coma, la maurose; mais ces signes ne se rattachent qu'à des faits peu nombreux ou peu uniques. Dans d'autres faits, le défaut de coordination des mouvements, les troubles fonctionnels du côté du *pharynx*, comme j'en ai observé un exemple (Soc. des hôp. et Union méd., 1855), le retour rapide de la connaissance d'abord perdue, les vomissements plus ou moins répétés, la résolution des membres sans paralysie et l'intégrité de la sensibilité, constatés chez des vieillards par Hillairet (Soc. des hôp. et Arch. de méd., 1858, t. XI), paraissent plutôt faire soupçonner le siège de la lésion dans le *cervelet*.

Plus récemment, Leven et Aug. Ollivier ont cherché à élucider la question des lésions cérébelleuses (*Physiol. et Pathol. du cervelet*; Arch. de méd., 1862 et 1863). Suivant eux, il faut faire deux groupes des maladies du *cervelet*: l'un, qui comprend toutes celles qui n'affectent que le *cervelet*; l'autre, les lésions qui, en affectant le *cervelet*, sont compliquées de compression de la moelle allongée. — 1° Quand cette compression n'existe pas, il n'y a aucune altération de l'intelligence ni de la sensibilité, sauf une céphalalgie occipitale. Il y a des mouvements convulsifs des membres, avec affaiblissement musculaire, mouvements de rotation, de manège, hémiplégie, etc.; du côté des muscles de la langue, la difficulté ou l'impossibilité d'articuler; du côté des muscles de l'œil, du strabisme, la dilatation ou la contraction pupillaire, et l'amblyopie, ou même la cécité, phénomène fréquent et inexplicable. Enfin on peut ajouter les convulsions pharyngiennes au moment de la déglutition, que j'ai observées chez mon malade. — 2° Quand la compression de la moelle allongée a lieu par suite de la lésion cérébelleuse, aux symptômes précédents se joignent des vomissements, la respiration stertoreuse, un pouls irrégulier, ou bien une mort subite ou précédée de coma.

Quant à la protubérance annulaire ou mésocéphale, Serres avait indiqué la séméiologie de ses lésions la paralysie générale; Ollivier (d'Angers), l'hémiplégie plus complète du mouvement que de la sensibilité, ou des convulsions violentes; Godelier, l'hémiplégie avec strabisme, une gêne progressive de la mastication, de l'articulation des sons et de la déglutition, sans altération de la sensibilité. Enfin Millard et Gubler ont signalé ce fait très-important que l'hémiplégie produite par les lésions de cette partie de l'encéphale était le plus souvent alterne, c'est-à-dire occupait directement la face du côté de la lésion, et les membres de l'autre côté du corps. Gubler a fait à ce sujet de nombreuses recherches et groupé un grand nombre d'observations très-concluantes (*Arch. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1856, 1858 et 1859). Cependant il ne faut pas oublier que des faits contradictoires d'hémiplégie non croisée ont été observés, ce qui démontre une fois de plus la difficulté de préciser la localisation des lésions encéphaliques pendant la vie.

Le travail le plus étendu et le plus consciencieux qui ait été publié sur la protubérance est dû à O. Larcher, qui est arrivé à établir d'abord la similitude des lésions de la protubérance annulaire avec celles des autres parties de l'encéphale (*Pathologie de la protubérance annulaire*, 1868, Thèse de doctorat). Quant à l'hyperémie, qui n'est qu'une lésion sans symptômes connus, il y a d'abord l'hémorragie, qui peut frapper des sujets encore jeunes (vingt-quatre

ans), aussi fréquemment avant qu'après l'âge de cinquante ans, et chez l'homme que la femme; cette hémorrhagie est le plus souvent liée à des lésions vasculaires de la protubérance, notamment aux petits anévrysmes décrits précédemment et ayant affecté une fois l'apparence cirsoïde. Il en est de même quelquefois de la cause du *ramollissement*, dû le plus souvent à une oblitération vasculaire. La *sclérose* et les *tumeurs* du mésencéphale (*Voy. SCLÉROSE* et *TUMEURS*) complètent ses lésions. — La symptomatologie de ces altérations anatomiques présente cette particularité que l'organe, renfermant un nombre considérable d'éléments voués à des fonctions différentes, peut, lorsqu'il est lésé, devenir le point de départ des troubles les plus variés de la motilité et de la sensibilité des fonctions sensorielles et de la respiration. L'*apoplexie foudroyante* (hémorrhagie, ramollissements du centre de la protubérance), et, lorsque les lésions occupent moins d'espace ou se développent lentement, l'*hémiplegie* *faciale*, *alternante* et peut-être la *paralysie généralisée*, les troubles de la *déglutition* et de la *respiration*, ceux de l'appareil de la *vision* (particulièrement le *strabisme convergent*), surtout si plusieurs autres sens sont atteints en même temps, et enfin la *céphalalgie occipitale* et la perte ou la gêne de la parole *sans désordre des fonctions intellectuelles* : tels sont, réunis, les symptômes des affections mésocéphaliques, qui n'existent d'ailleurs jamais au complet. On voit ce qu'ils offrent de ressemblance ou de différence avec les symptômes généraux des lésions cérébelleuses. — Le pronostic des affections du mésocéphale, à part certains foyers hémorrhagiques susceptibles de guérison, est d'une gravité absolue : la mort est la seule terminaison qui ait jusqu'ici constatée.

**ENCÉPHALITE.** — Les recherches modernes sur les lésions vasculaires intimes qui donnent lieu aux hémorrhagies et à certains ramollissements du cerveau, ont fait modifier les idées anciennes sur la nature inflammatoire du ramollissement. Les embolies artérielles, qui produisent aussi cette dernière lésion, ont contribué de leur côté à démontrer l'erreur admise. Il en résulte qu'en dehors du ramollissement cérébral dû à ces causes habituelles, il est, au moment, impossible de décrire cliniquement une forme d'encéphalite autre que la périencéphalite diffuse qui s'observe chez les aliénés, et qui a été si bien décrite par Calmeil.

**ENCÉPHALOÏDE.** — *Voy. CANCER.*

**ENDOCARDE.** — *Voy. ENDOCARDITE* et *VALVULES* du cœur.

**ENDOCARDITE.** — Pour traiter convenablement du diagnostic de l'endocardite, il faut distinguer l'endocardite appelée *simple* de celle dite *dénée* ou *ulcéreuse*, dont les travaux modernes ont démontré l'importance, et qui se distingue beaucoup par ses lésions et ses symptômes de l'endocardite simple. Je dois remarquer qu'on est loin d'être d'accord sur le rôle que joue l'inflammation dans beaucoup de faits de l'une ou de l'autre de ces divisions.

#### I. Endocardite aiguë dite simple.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Lorsque, dans des conditions que j'indiquerai plus loin, il se développe une endocardite, les signes locaux sont les suivants, selon Bouillaud, à qui l'on doit la première description de la maladie : d'abord une douleur à la région précordiale; ébranlement visible de cette région, suite de la violence de véritables palpitations aiguës, qui se font sentir sur une grande étendue, parfois avec un frémissement vibratoire marqué; mat assez étendu à la percussion; à l'auscultation, bruit de souffle qui masque les deux bruits normaux du cœur ou l'un des deux seulement, et, quand

ents du cœur sont violents, *tintement métallique* isochrone au premier battements irréguliers, inégaux, intermittents.

même temps *respiration* gênée, fréquente; oppression; fièvre ordinaire-lente, pouls plein vers le début; rarement des convulsions, de l'assourdissement, du délire, comme on en voit dans les affections fébriles de quelque ét.

*ductions diagnostiques.* — Aucun de ces signes isolé n'est l'indice d'une endocardite. La violence des palpitations, la matité précordiale, que l'on attribue à la turgescence du cœur par fluxion inflammatoire, les soufflements, les irrégularités et la fréquence de ses battements, ainsi que le tintement métallique qui résulte de la violence de ces derniers, n'ont rien de spécial en eux-mêmes, pas plus que les autres symptômes fonctionnels. C'est surtout que le docteur Vernay, de Lyon, admet (1867) qu'il y a péri-cardite dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'il existe un pouls à cent vingt quarante, et des battements cardiaques énergiques, même sans bruit de frottement, sans que l'intensité du rhumatisme explique cette fréquence du pouls. Or, l'on trouve réunis un assez grand nombre des signes indiqués tout à la fois, et que les symptômes locaux *apparaissent rapidement* avec la fièvre, la recrudescence fébrile dans le cours d'une maladie aiguë, pour donner lieu à de grandes probabilités pour l'existence d'une endocardite aiguë.

Rarement l'endocardite fébrile est primitive. C'est principalement dans le cours du *rhumatisme articulaire aigu*, puis de la *pneumonie*, ou après des accès répétés à de courts intervalles, suivant Mignot, de Chantelle (*Gaz. de Lyon*, 1867), que l'on voit apparaître l'endocardite; plus rarement elle se complique dans les *fièvres éruptives*, dans l'*état puerpéral* (Lotz, *Bulletin ad. de méd.*, 1857), avec la *néphrite*, un *abcès de l'abdomen*, une *tuberculose*. Ces conditions de l'invasion, les premières principales seront utiles au diagnostic; mais il faudra se garder d'attribuer à l'endocardite le souffle anémique constaté souvent à la base du cœur des rhumatisants. L'endocardite pourrait être confondue avec la péricardite ou avec la formation de concrétions fibrineuses dans les cavités cardiaques, concrétions qui se forment dans les mêmes conditions que l'inflammation de l'endocarde ou même de la cavité. — Ce n'est pas lorsque la *péricardite* est accompagnée d'un épanchement considérable, comme l'a fait remarquer Bouillaud, que l'on peut la confondre avec l'endocardite pure et simple, attendu que, dans la péricardite, les symptômes du cœur sont obscurs, éloignés, difficiles ou impossibles à sentir à la palpation, ce qui est l'opposé de ce qu'on observe dans l'endocardite. Mais lorsque la péricardite ne détermine qu'une simple exsudation pseudo-membraneuse, il est réellement assez difficile de la distinguer de l'endocardite, d'autant plus que celle-ci s'accompagne alors d'un bruit de frottement péricardien qui ressemble quelquefois beaucoup au bruit de frottement qui s'observe dans l'endocardite articulaire (Bouillaud). J'ai personnellement vérifié la distinction que Bouillaud établit entre ces deux derniers signes, dont l'un, le bruit de frottement endocardien, ne cesserait pas d'être perçu dans les positions diverses du malade, et dont l'autre, le frottement du péricarde, constaté dans le décubitus, serait nul le malade assis, sans doute par suite de l'écartement des feuillettes de la séreuse du liquide déplacé. Cette distinction est utile. Malheureusement elle n'est pas constante et ne peut se rencontrer que lorsqu'il existe une médiocre quantité de liquide épanché. J'ajouterai que, dans la péricardite, la douleur locale, s'il y a épanchement, la *matité pyriforme* étendue, à base inférieure, et la *tumescence précordiale croissant ou diminuant avec l'épanchement*, ne per-



mettront pas de méconnaître la péricardite ; mais s'il y a coïncidence des maladies, ce qui arrive fréquemment, l'existence de l'endocardite ne pourrâit pas être précisée. — Les *concrétions fibrineuses* volumineuses qui se forment fréquemment dans le cœur avec l'endocarde enflammé, sans être constantes, impriment à l'endocardite une physionomie particulière, en faisant apparaître des tumeurs que les différents auteurs, Hope excepté, ont eu le tort de ne pas distinguer de ceux de l'endocardite aiguë simple. Le pouls est alors petit, misérable, irrégulier et intermittent, en disproportion surtout avec la violence et le tumulte des battements du cœur ; en même temps on voit survenir la pâleur du visage, au contraire, la face est cyanosée, bouffie, il y a de l'œdème aux extrémités, et en même temps il peut survenir une déchirante oppression, une insomnie complète, une anxiété, une jactitation perpétuelles, une sueur froide : mot tous les signes d'une gêne considérable du sang aux orifices du cœur qui dépend plutôt de la coagulation du sang que de l'endocardite elle-même.

Les *palpitations nerveuses*, survenant chez un sujet atteint d'une fièvre fébrile, peuvent, suivant Valleix, en imposer pour une endocardite, et l'histoire de cette maladie peut présenter de grandes difficultés, quoique l'existence antérieure de palpitations résultant d'une anémie, d'une chlorose, etc., puissent venir en aide au praticien. — L'*hypertrophie du cœur*, dans les mêmes conditions de fièvre fébrile concomitante, pourrait aussi en imposer ; mais les antécédents pourraient lever les doutes.

On a cherché à déterminer le siège de l'endocardite aiguë dans telle ou telle partie de tel orifice du cœur. Simonet (*Thèse*, 1824) a indiqué comme signe particulier de l'endocardite de l'orifice ventriculo-aortique la sensation d'un frottement comme si l'artère donnait passage à des globules résistants qu'à un liquide. Mais la seule donnée précise qu'on ait obtenue, c'est que sont presque toujours les cavités gauches qui sont affectées.

3° *Pronostic*. — L'endocardite aiguë simple est grave, tant parce qu'elle constitue ordinairement une complication qui peut déterminer l'issue fatale de la maladie préexistante, qu'en raison des lésions chroniques valvulaires qu'elle entraîne après elle. Mais sa gravité est loin d'être comparable à celle de l'endocardite ulcéreuse dont il va être question.

## II. Endocardite ulcéreuse.

Il ne faut pas attacher un sens absolu à ces expressions d'*endocardite ulcéreuse*, qui expriment une nature inflammatoire que l'on n'est pas d'accord à attribuer à cette maladie. Sa lésion principale est, en effet, caractérisée par la destruction partielle ou complète des valvules artérielles ou auriculo-ventriculaires, dont ce qui reste est tantôt déprimé, tantôt boursoufflé, avec des nodosités comme verruqueuses dues quelquefois à de vrais dépôts fibrineux. Dans les lésions secondaires, on constate des foyers morbides disséminés dans divers organes, et qui sont dus au transport embolique des débris valvulaires ou des caillots charriés avec le sang, et oblitérant les artères ou les artérioles. On observe ainsi des lésions que je rappellerai plus loin.

Depuis le travail de Senhouse-Kirkes, qui a signalé en 1852 les graves accidents généraux qui accompagnent la désagrégation des produits de l'endocardite aiguë, des observations isolées et des travaux importants ont été publiés. Les plus remarquables sont ceux de Virchow (*Pathol. cellul.*, trad. par P. I. Charcot (*Mém. de la Soc. de Biol.*, t. II, 1855), Vulpian et Charcot (*Gaz. de Paris*, 1862), Lancereaux (*ibid.*), Lemarchand (*Thèse*, 1862), Louis (*Thèse*, 1864), le Mémoire de Schivardi, de Milan, et les observations particulières de Hérard (*Soc. méd. des hôpit.*, 1865), E. Edmansson

1865), de Duguet et Hayem (*Soc. de biologie*, 1865). Je devrais en joindre de ces travaux les publications sur les embolies capillaires ou comme la *Thèse* de Lefeuve, *l'Étude des embolies capillaires* de Strasbourg (1868), etc., qui ont traité des lésions secondaires produites par l'endocardite ulcéreuse (*Voy. EMBOLIES*).

Il faut ajouter que, pour certains observateurs, Hardy et Béhier entre autres, de l'état général qui accompagne l'endocardite ulcéreuse ne saurait être une intoxication du sang par des débris organiques moléculaires ; qu'il y a simple coïncidence entre un état général grave et la lésion valvulaire ; que la question n'est pas encore résolue définitivement. Les nouvelles données faites après Kirkes et Virchow semblent cependant militer en faveur de la relation de cause à effet entre la désorganisation ulcéreuse des valvules et l'infection du sang. Dans une de ses observations, Lancet a constaté dans le sang (*loc. cit.*), outre les éléments normaux de ce sang, des granulations moléculaires, des globules granuleux, des globules de sang, des fragments de fibres de tissu conjonctif, et quelques corps allongés et filiformes. Il est à désirer qu'une semblable recherche soit répétée.

*Signes du diagnostic.* — Nous les distinguerons avec Vast (*Thèse*) en signes locaux ou cardiaques et en symptômes généraux.

*Signes locaux.* — Au du cœur, tantôt l'excès de dyspnée empêche de pouvoir ausculter le cœur, tantôt cet examen est possible ; et alors on constate les signes de l'endocardite valvulaire aiguë à marche rapidement croissante : des frissons, de la dyspnée, une anxiété vive, une matité précordiale quelquefois limitée, et surtout un souffle perçu pendant le premier temps du cœur, puis un second souffle au second temps, avec pouls bondissant. Dans l'évolution de ces phénomènes, il existe des symptômes généraux que l'on a distingués en typhoïdes et pyoémiques. 1° Les premiers se manifestent par une fièvre vive avec un pouls souvent dicrote, une grande prostration, quelquefois des taches ecchymotiques ou des sudamina, mais pas de taches lenticulaires, un facies abattu, des narines pulvérulentes, un frisson de céphalalgie, du subdelirium ou un délire violent, langue fétide, ventre ballonné avec ou sans diarrhée, parfois rate volumineuse, toux catarrhale bronchique. 2° A la seconde forme de symptômes généraux on voit ceux de l'infection purulente : outre les phénomènes adynamiques, on voit se manifester des frissons violents revenant par accès. Suivant Lancet, ils sont suivis de chaleur intense et de sueur peu abondante, et ils se répètent une ou deux fois par jour, tantôt à plusieurs jours d'intervalle, le plus souvent servant une grande fréquence, même dans l'intervalle des accès, oscillant, cent vingt, cent quarante, et se montrant surtout très-variable.

*Signes diagnostiques.* — Depuis les remarquables travaux dont l'endocardite ulcéreuse a été l'objet, on doit la considérer comme une maladie dont le diagnostic peut être formulé, dans un certain nombre de cas, sans de trop grandes difficultés, ainsi que j'espère le démontrer.

Il est impossible, au premier examen, de soupçonner une endocardite valvulaire si les signes locaux de cette maladie existent avec souffle plus ou moins fort au premier ou aux deux temps des bruits du cœur. Si les troubles cardiaques ont une marche rapide, si surtout, comme on l'a fait remarquer avec raison, on voit en quelques jours le souffle cardiaque du premier temps prendre une intensité croissante, puis s'il survient un souffle au second bruit, le soupçon d'une endocardite ulcéreuse se changera en grande probabilité en certitude, lorsqu'il s'y joint un état général grave, soit typhoïde, soit

d'infection purulente, devront faire diagnostiquer l'endocardite ulcéreuse comme cela est arrivé à Charcot, Vulpian et Fritz, et à moi-même, à Nocard, 1868, pour deux cas d'endocardite ulcéreuse vérifiés par l'autopsie. — La connaissance des conditions *étiologiques* dans lesquelles s'est développée la maladie lorsqu'on peut arriver à la constater, est encore une source de données utiles. De grandes *fatigues* ou une *débilité* profonde, l'existence d'un *rhumatisme articulaire* aigu (ayant préexisté six fois sur treize cas d'endocardite ulcéreuse réunis par Vast), et l'*état puerpéral* signalé par Virchow, sont les cas le mieux établis. Une de mes observations concernait une femme en cou-

D'après ce qui précède, on voit qu'on pourrait facilement confondre l'endocardite ulcéreuse avec une *fièvre typhoïde*. Si les accidents du côté du cœur étaient masqués ou difficiles à constater, cette erreur serait d'autant plus facile. L'absence de taches rosées lenticulaires, et surtout l'absence de phénomènes abdominaux feront rejeter l'existence de la fièvre typhoïde et admettre l'endocardite ulcéreuse, s'il existe des signes d'endocardite du côté du cœur, et surtout s'ils font les progrès rapides et subissent les transformations que j'ai rappelés. — Quant à la *pyémie*, quand on en constate les signes, la question n'est que de faire le diagnostic différentiel de cette affection et de l'endocardite afin qu'il s'agit avant tout de savoir s'il y a ou non résorption purulente le fait de l'endocardite ulcéreuse. Il y a eu sur ce point de grandes discussions (Voy. PYÉMIE). On a nié ici à tort, selon moi, l'existence de la résorption purulente, en expliquant les accidents généraux par l'infection du sang qui serait due, non au pus, mais aux détritits de la désagrégation moléculaire des valvules cardiaques. On s'est fondé, pour soutenir cette opinion, sur ce qu'on ne retrouvait le pus ni au niveau des débris adhérents des valvules dans les aboutissants des vaisseaux artériels. Mais il me semble que le pus ne saurait rester amassé au niveau de ces valvules, incessamment balayées et forcées par le sang en circulation, et que par la même raison, le pus extrêmement divisé ne pourrait former des amas emboliques reconnaissables. On doit donc admettre que l'endocardite ulcéreuse peut être inflammatoire, et qu'elle peut accompagner de pyémie. — Quand cet état pyémique existe, on peut confondre les violents accès fébriles qui le caractérisent avec une *fièvre intermittente* comme Lancereaux l'a noté deux fois sur quatre qu'il a relatés. Mais il n'y a d'apyrexie entre les accès dans l'endocardite ulcéreuse. — L'ictère qui accompagne certaines endocardites ulcéreuses peut la faire prendre pour un ictère grave, mais ici l'ictère apparaît dès le début, tandis qu'il est tardif dans l'endocardite. — On a discuté le diagnostic différentiel avec la *péricardite* accompagnée d'épanchements considérables, ou avec la *péricardite sèche*, avec la *peripneumonie du cœur* dans des maladies fébriles, et enfin avec des *palpitations nerveuses* dans les mêmes conditions; mais il suffit, je crois, de le rappeler pour qu'on évite facilement de semblables confusions.

Ce sont ordinairement les valvules sigmoïdes de l'aorte, plus rarement la valvule mitrale, qui sont le *siège* de la lésion ulcéreuse; et l'on doit attribuer les progrès de leur destruction le souffle du second temps venant s'ajouter au premier, et dénotant, avec le pouls bondissant, l'insuffisance qui s'est faite au niveau des valvules. — Ces signes révèlent un *degré* plus avancé de la maladie que le simple souffle du premier temps. — Il sera facile de déterminer la *fièvre typhoïde* ou *pyémique*, d'après la prédominance des phénomènes généraux que j'ai précédemment rappelés.

Les complications de l'endocardite ulcéreuse sont les *embolies* ou les *infarctus* qui en sont la conséquence forcée. C'est ainsi qu'on a vu survenir des foyers

ramollissement cérébral, certaines *ophthalmies* à marche rapide, des *gangrènes*, des *plaques ecchymotiques* à la peau, etc. Ces embolies, ou les infarctus, résultent non-seulement des débris moléculaires des valvules elles-mêmes, mais encore des concrétions qui se développent sur elles. Ce sont des sortes de *villosités rougeâtres*, résultant de la production exagérée du tissu conjonctif de l'endocardite, pouvant former de véritables végétations adhérentes au niveau des valvules, et qui sont susceptibles de s'en détacher. J'ai vu une valvule aortique être le point d'implantation d'un caillot volumineux allongé dans l'aorte, qui aurait pu être entraîné.

**Pronostic.** — La mort paraît être la terminaison constante de l'endocardite aiguë; du moins je ne connais aucun exemple de guérison authentique (ENDOLIES, PYÉMIE).

**ENDOSCOPE.** — Comme le larynx et le fond du globe oculaire, le canal urétral et l'intérieur de la vessie sont devenus accessibles à l'exploration



Fig. 32.  
Sonde prostatique  
et vésicale.

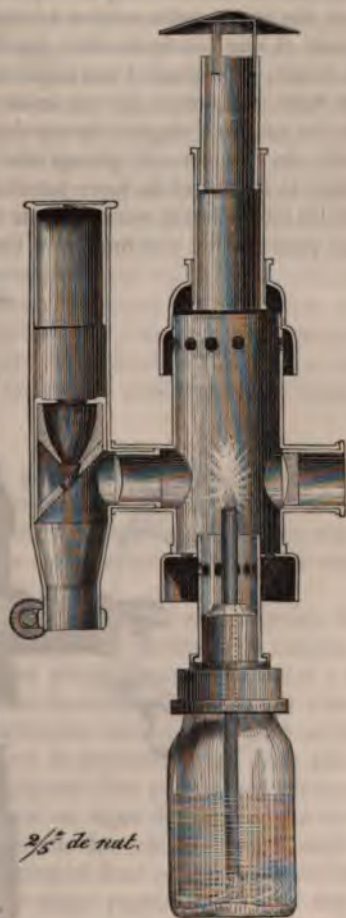


Fig. 33. — Coupe de l'endoscope. A droite, la lampe gazogène; à gauche, le support mobile auquel s'adapte la sonde, et qui contient le miroir. Ce support est ici vertical, mais on lui donne la position horizontale pendant l'exploration.

## ENDOSCOPE.

visuelle. A l'époque où le spéculum fut mis en usage dans la pratique, imagina une sonde ou spéculum *urétro-cystique* composé de deux concentriques : celle du milieu, pour voir dans la profondeur de la vessie, l'extérieure, pour donner passage à la lumière de deux bougies latérales sur un miroir concave. Crampton, Every (de Londres) et Ag. Hacker avaient aussi tenté depuis de résoudre le même problème, mais toutes tentatives avaient été insuffisantes, lorsque Ant. Désormeaux imagina son *endoscope* et put le présenter, en 1853, à l'Académie de médecine tel qu'il est aujourd'hui (*Leçons sur l'endoscope*, faites à l'hôpital Necker, 1867).

Cet instrument a pour but de faciliter l'exploration visuelle de l'urètre et de la vessie. Il se compose de deux parties distinctes. — 1<sup>o</sup> La première est une sonde destinée à pénétrer dans les cavités à explorer : une sonde droite avec une fente sur une partie de sa longueur, fente par où l'on peut faire passer des instruments servant à compléter l'exploration ou à faciliter le drainage local; et une *sonde coudée*, *fig. 32*, pour la pénétration jusqu'à la vessie, présentant à son angle ou coude une ouverture fermée par un bouchon de verre qui permet de voir au-delà dans l'axe de la sonde. — 2<sup>o</sup> L'autre partie de ces sondes s'adapte à la seconde partie de l'endoscope, *fig. 33*, partie fixe de l'instrument, puisqu'elle se compose d'un support tubulé qui s'adapte la sonde, et du foyer lumineux (lampe au gazogène) dont la lumière se réfléchit latéralement sur un miroir incliné à 45° dans le support en qui elle projette une vive lumière à l'extrémité de la sonde. Le miroir est

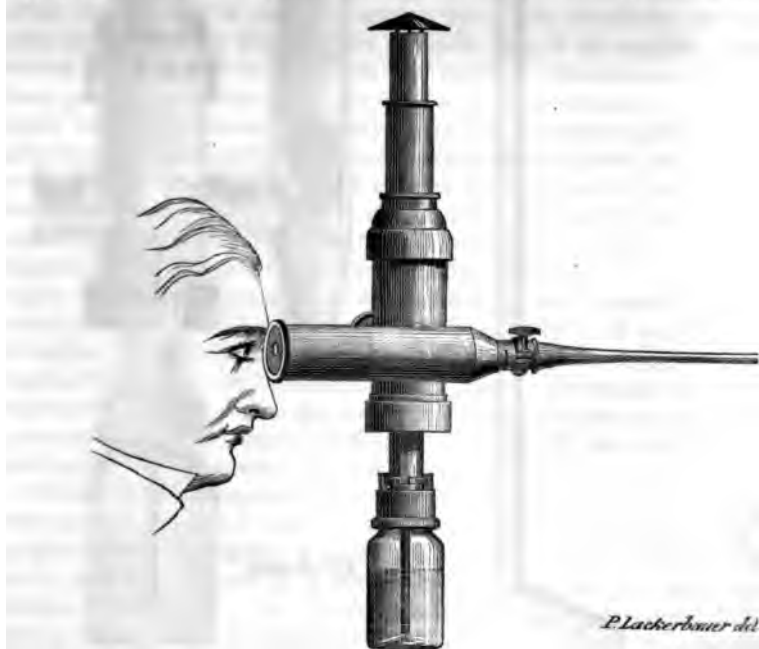


Fig. 33. — Position de l'endoscope.

son centre permet facilement au regard de l'observateur de voir l'intérieur de la cavité ainsi éclairée et de suivre la marche des instruments que l'on fait



lement dans la sonde. La figure 34 montre la disposition de l'endoscope et l'exploration.

Comme l'on ait à utiliser le plus fréquemment l'endoscope pour les affections urinaires, il n'en doit pas moins être connu du médecin. Le canal de l'urètre pouvant être exploré *de visu* sur toute sa longueur et montrer des lésions apponées jusque-là ou diagnostiquées d'une manière insuffisante, comme les rétrécissements, par exemple; la prostate pouvant, comme certaines parties de la vessie, être examinée de la même manière, enfin des conduits que ceux des voies urinaires étant accessibles à la vue par le même moyen d'exploration, on comprend l'importance que ce moyen peut avoir pour l'observation dans certains cas difficiles.

L'endoscope a permis à Ant. Désormeaux de mieux étudier qu'on ne l'a fait jusqu'ici, au point de vue anatomique, les questions suivantes : les causes des hémorrhagies ou blennorrhées, l'urétrite granuleuse, les ulcérations de l'urètre, les *herpétiques en cupule, fongueuses*; les *rétrécissements nodulaires*, les *fistules urétrales* à l'intérieur du canal; les *ulcérations chroniques* liées aux pertes séminales; certaines *prostatites* et *cystites* chroniques et enfin certains *calculs* libres ou enchatonnés, lorsqu'ils peuvent être atteints à l'exploration. Cette simple énumération démontre la valeur de l'endoscope au point de vue du diagnostic, sans parler de son importance évidente au point de vue du traitement des affections de l'urètre et de la prostate. Pour utiliser l'endoscope de Désormeaux, il faut un apprentissage assez difficile, le maniement de l'instrument demandant une grande habitude et une certitude. Mais il ne peut manquer de se perfectionner. Déjà le docteur J. B. Keating, chirurgien de Dublin, a modifié avantageusement l'endoscope, s'il est permis d'en arriver à obtenir un éclairage brillant, s'adaptant très-aisément au canal de la sonde, sans apprêt préalable, ce qui permet d'inspecter facilement l'urètre et la vessie, mais encore la profondeur du rectum, la cavité du col et même du corps de l'utérus, les fosses nasales et le pharynx (Mémoires du collège royal de Dublin, 1867).

**ANCE.** — Voy. AGES.

**ENGOUËMENT.** — Ce mot est appliqué principalement aux poumons et aux intestins. Il exprime, dans le premier cas, un état de congestion inflammatoire mal défini, et, au niveau de l'intestin, une obstruction par des matières fécales accumulées, pouvant donner lieu à des TUMEURS ou bien à une HERNIE INTESTINALE.

**ENGOURDISSEMENT.** — Le sentiment de pesanteur et d'obtusion de sensibilité qui caractérise l'engourdissement tient à une interruption momentanée ou durable de l'influx nerveux dans un ou plusieurs membres, où il y a en même temps des picotements ou des fourmillements. Tantôt l'engourdissement résulte simplement de la compression accidentelle d'un tronc nerveux par suite d'une position vicieuse pendant le sommeil; il est alors passager et de nulle importance, comme lorsqu'il dépend d'un simple état nerveux local. Tantôt il est plus persistant, et alors c'est un signe de *névrose*, de *névrite*, ou le premier indice d'une *paralysie* graduelle, soit avec lésion organique, soit idiopathique. L'engourdissement est général dans certaines *pléthores* sanguines; il a alors pour caractère particulier de céder rapidement à une évacuation sanguine.

**ENGOUËMENT.** — Voy. APHONIE.

**ENTÉRALGIE.** — Toutes les affections dont la douleur est le principal symptôme et qui siègent dans l'abdomen, sont fréquemment d'un diagnostic



obscur. Aussi l'entéralgie a-t-elle été bien souvent confondue avec d'autres affections douloureuses et par conséquent décrite avec peu de précision. Elle est le plus souvent liée à la GASTRALGIE et reconnaît les mêmes causes.

L'entéralgie est caractérisée essentiellement par une *douleur* siégeant principalement au pourtour de l'ombilic, d'où elle peut s'irradier dans le reste de l'abdomen. Cette douleur est d'une intensité très-variable, parfois violente, point d'arracher des cris au malade et de lui faire prendre des positions bizarres, tantôt calmée, tantôt augmentée par la pression, et exaspérée quelque fois seulement après l'ingestion des aliments, lorsque ceux-ci ont pénétré dans l'intestin. Des *flatuosités* intestinales pouvant produire une *tympanite* très-marquée à la percussion, la *tension* du ventre, des *borborygmes*, souvent une diarrhée passagère après le repas et une *constipation* habituelle, sont les symptômes qui se joignent à la douleur. L'ensemble de ces symptômes et surtout la douleur elle-même peuvent constituer des espèces de crises ou accès pendant lesquels il y a *décomposition des traits, anxiété, sueur froide, lypothymie* ou *syncope*, *pouls faible* et concentré.

Lorsque l'entéralgie est bien distincte de la gastralgie, et qu'elle survient à un moment de la digestion intestinale avec l'ensemble des symptômes que je viens de rappeler, le diagnostic est sans doute facile. Mais comme de pareils cas nettement tranchés sont rares dans la pratique! Les plus communs sont précisément ceux où l'affection est modérée et dans lesquels la douleur seule est presque toute la maladie. Ce n'est que par voie d'élimination que l'on pourra arriver alors à un diagnostic satisfaisant.

Comme pour toute douleur siégeant au niveau d'une cavité splanchnique, il faudra s'assurer avant tout qu'il ne s'agit pas d'une douleur des parois abdominales, soit névralgique, soit rhumatismale.

Dans les cas de *névralgie lombo-abdominale*, la limitation de points douloureux à la pression dans un petit espace, à droite ou à gauche de la ligne blanche, et en arrière, dans les points également limités et propres à cette névralgie, suffiront pour faire admettre l'existence de la névralgie. — On rejette l'existence d'un *rhumatisme* des parois abdominales, si les douleurs ne sont pas persistantes et surtout si elles n'augmentent pas par la contraction, d'ailleurs difficile, des muscles de ces parois. — Quant aux douleurs siégeant dans l'intérieur de l'abdomen et dues à l'entérite, aux différentes *coliques* saturnales, hépatiques, néphrétiques, etc., on ne pourrait les confondre avec l'entéralgie, lorsque ces affections sont très-mal caractérisées, c'est-à-dire dans des cas exceptionnels.

Toutefois il est une maladie qui a de tels points de contact avec l'entéralgie que l'on ne saurait nettement les distinguer l'une de l'autre dans l'état actuel de la science; c'est la *dyspepsie entéralgique*, qui n'est à la rigueur qu'une variété d'entéralgie (Voy. DYSPEPSIES).

**ENTÉRITE.** — L'inflammation de l'intestin est aiguë ou chronique.

### I. Entérite aiguë.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Ce sont des douleurs plus ou moins intermittentes, de courte durée, siégeant vers la région ombilicale et s'irradiant dans le reste du ventre, douleurs augmentant par la pression; peu après, des *diarrhées* souvent très-abondantes, précédées de borborygmes qui, de l'ombilic, gagnent le gros intestin, où ils sont suivis immédiatement du besoin d'aller à la garde-robe; les *matières*, rendues cinq, vingt et même plus de fois dans les vingt-quatre heures, sont d'abord fécales, de moins en moins abondantes, puis liquides, et souvent cuisantes à leur passage à l'anus. Il y a

de la fièvre, de la céphalalgie, des nausées, et la langue est blanchâtre fœtale.

*Inductions diagnostiques.* — Les coliques, avec sensibilité du ventre à pression, et la diarrhée surtout, sont les principaux symptômes de l'entérite; mais, si on ne le conçoit, ils ne peuvent suffire au diagnostic dans tous les cas. Lorsqu'il y a doute, les commémoratifs ne doivent pas être négligés, car ils permettent de constater certaines causes qui expliquent l'entérite et qui viennent par conséquent prêter leur appui au diagnostic. Ces causes sont la détérioration ancienne de la constitution, les convalescences, l'abus de certains purgatifs, les autres irritants du tube digestif et l'impression du froid dans quelques cas. — La rapidité de la marche de l'affection, qui ne dure que trois à sept jours au plus, et l'atténuation des symptômes par les adoucissants, sont également des particularités utiles, si l'on observe la maladie plusieurs jours après le début.

L'entérite aiguë a des signes communs avec plusieurs autres maladies : la dysenterie à son début, l'entéralgie, l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde. Il suffira de faire remarquer que, dans la dysenterie, les selles bientôt sont caractéristiques (mucoso-sanguinolentes) ne laissent pas longtemps d'incertitude; que l'entéralgie n'a de commun avec l'entérite que la douleur, qui ne s'accompagne que de selles très-passagères; que, dans l'embarras gastrique, il y a des selles rares, et que l'affection est rapidement améliorée par le vomitif; qu'enfin la fièvre typhoïde à son début présente un ensemble de symptômes généraux d'une intensité qui n'est nullement en rapport avec la gravité apparente des troubles intestinaux que l'on serait tenté d'attribuer à l'entérite.

Pour l'entérite une fois admise, il serait nécessaire de pouvoir la localiser dans une telle autre partie de l'intestin; mais une telle précision diagnostique n'est guère possible au lit du malade, au moins dans la plupart des cas. Ce qui se passe s'applique principalement à l'inflammation de l'intestin grêle, dont il est difficile aujourd'hui de distraire la duodénite. Les inflammations du caecum (typhlite), du côlon ou du rectum, offrent seules des particularités distinctes de l'entérite de l'intestin grêle. Ce sont : pour la typhlite, la fièvre décrite en Allemagne, les symptômes du phlegmon de la fosse iliaque, les affections de l'appendice iléo-cœcal; pour la colite simple (qui n'est pas dysenterie), la seule direction de la douleur suivant le trajet du côlon; et pour l'inflammation du rectum ou rectite, le siège profond de la douleur dans le bassin avec sentiment de pesanteur et de ténésme.

On a distingué bien des formes d'entérite, dont la plupart n'ont pas de valeur réelle, leur distinction n'étant basée que sur des particularités secondaires. On en compte les entérites dites séreuse, muqueuse, stercorale, bilieuse, cirrhotique, diffuse, phlegmoneuse, érythémateuse, catarrhale. Les formes rhumatismale, arthritique, hémorrhoidale, auraient une tout autre importance comme fondées sur la nature de la maladie, si cette nature n'était elle-même problématique dans la plupart des faits. En définitive, les formes les plus à rappeler sont l'entérite pseudo-membraneuse, et l'entérite des enfants, avec leurs caractères spéciaux.

L'entérite pseudo-membraneuse (colite pseudo-membraneuse de Serres, 1836) est une affection très-complexe et encore mal connue dans ses détails. On trouve dans beaucoup d'ouvrages et dans les recueils périodiques, à l'exception de Boissac, à qui l'on doit le travail le plus complet sur les affections pseudo-membraneuses, l'indication d'un grand nombre de fausses membranes rendues

avec les matières alvines. La plupart se rapportent à la *dysenterie*, au *mag* à des *hydatides*, etc. Mais il en reste un certain nombre qui se sont produites dans le tube digestif à la suite d'affections diverses, inflammatoires et diphthériques, qu'il est difficile de préciser (*loc. cit.*, p. 99, note). En dehors des pseudo-membranes qui sont expulsées dans le cours de la dysenterie chronique, ou comme complication opiniâtre consécutive à la dysenterie aiguë, ainsi que j'en ai observé un exemple chez une femme hystérique, aurait, suivant Wannebroucq, une véritable entérite pseudo-membraneuse il a pu réunir un assez grand nombre d'observations (*Bulletin méd.* du 1864); la maladie même, avec un état aigu d'abord, aurait toujours une durée d'au moins plusieurs mois. *Fièvre* au début, *nausées*, parfois *épistaxis*, *leurs localisées* dans un point de l'abdomen, généralement à la fosse droite, avec *tuméfaction* sur le trajet du gros intestin; *constipation* opiniâtre, et, après quelques jours, *expulsion de fausses membranes*, d'abord comme avec du mucus, puis plus épaisses et plus longues, assez résistibles, blanchâtres ou teintées par les matières fécales, parfois feutrées, enfin ténues au *rectal* si le rectum est envahi, et *absence de sang et de pus* dans les excréments : tels seraient les signes de la maladie.

Doit-on distinguer de cette entérite avec exsudats pseudo-membraneux l'entérite intestinale d'où résulte l'expulsion par l'anus de matières muqueuses ou moins concrètes, *gélatiniformes*, membraniformes, dont beaucoup d'auteurs ont parlé? Il est probable que les deux affections se confondent, ou plutôt que ces concrétions gélatiniformes se rencontrent dans la plupart des cas dans lesquelles se produisent les pseudo-membranes. Fernel, Van Swieten, Morgagni parmi les anciens, Cruveilhier (*Anat. génér.*, t. IV), Barrier (*de l'enfance*), Graves (*Clin. médic.*, t. II), Laboulbène et beaucoup d'autres parmi les modernes, ont étudié cette intéressante question. — Ces concrétions gélatiniformes, suivant Laboulbène, renferment, au milieu d'une grande quantité de matière amorphe et transparente, des granulations moléculaires, des cellules d'épithélium cylindrique, et des globules purulents et pyoïdes. Il y reconnaît nettement la présence de la fibrine (*ouv. cité*, p. 146).

L'entérite des nouveau-nés se manifeste par des symptômes qui sont beaucoup plus graves que chez l'adulte, même sans qu'il existe de lésion antérieure. La *fièvre* peut être intense, le *ventre* ballonné; parfois il y a un *érythème* aux fesses, des *ulcérations* aux malléoles, il survient du *mélasme*; cette forme n'est pas rare dans les hôpitaux. Suivant Barthéz et Rilliet, elle est ensuite chez les jeunes enfants une forme bénigne, apyrétique, franchement catarrhale, et qui n'est autre chose que la *diarrhée* des enfants, et une forme plus grave, succédant quelquefois à la précédente et observée chez des enfants plus âgés. Ici le début peut être brusque et caractérisé d'emblée par des symptômes locaux et généraux : *céphalalgie*, *fièvre*, *vomissements*, *rhée*; ensuite la figure est assez colorée, les traits tirés en bas, le sillon labial très-marqué, l'abdomen est assez gros, quelquefois tendu, son contenu fécal est parfois très-nombreux et très-abondants, liquides, brun-rouge, muqueux et bilieux, peu souvent verts; très-rarement il y a du délire, de l'agitation, de la sécheresse de la langue, jamais il n'y a de râle sibilant; en même temps les symptômes fébriles sont assez intenses. On peut donc, dans certains cas, confondre cette entérite avec une *fièvre typhoïde*, mais plusieurs des signes caractéristiques de cette dernière affection font défaut dans l'entérite. Tels sont les taches rosées lenticulaires, les râles, etc.

Cependant les mêmes auteurs décrivent une troisième forme d'entérite



elle, qu'ils nomment *entérite typhoïde*, et qui, pendant la vie, présenterait les signes de la fièvre typhoïde grave, sans en présenter les lésions. Ils ont aussi une *entérite ataxique*, qui pourrait être confondue avec la rage et l'éclampsie par ses symptômes, si, d'une part, dans la forme mé- —  
de l'entérite, la gravité des symptômes nerveux n'était bien moindre que la méningite, et si, d'autre part, dans la forme éclamptique, l'existence de la diarrhée et le peu de durée de l'état cérébral (vingt-quatre heures au plus) ne mettaient bientôt tous les doutes.

*Pronostic.* — L'entérite aiguë se termine toujours favorablement chez les adultes auparavant bien portants. Elle n'a de gravité que lorsqu'elle est symptomatique et lorsqu'elle survient chez les enfants, principalement chez les nouveau-nés.

### **Entérite chronique.**

L'état chronique, si l'on excepte les entérites pseudo-membraneuses qui ont pour caractère, l'inflammation intestinale est très-rarement spontanée à l'âge adulte. Le plus souvent elle est symptomatique, et, dans les deux cas, la diarrhée chronique est presque le seul symptôme de l'entérite.

Le jeune âge, l'entérite chronique primitive est au contraire fréquente, mais l'entérite symptomatique est rare. Elle survient le plus ordinairement chez des enfants âgés de moins de six ans, soumis à un mauvais régime, et toujours à l'époque de la dentition ou du sevrage. Elle est caractérisée par la diarrhée, les douleurs de ventre, par des selles plus ou moins épaisses de couleur diverse, contenant parfois des aliments à moitié digérés, du sang clair, sanieux, mêlé à des mucosités ou à du pus, par un état de faiblesse et un dépérissement graduel jusqu'à la mort.

On rencontre, suivant Barthéz et Rilliet, une détérioration générale et un état cachectique aussi prononcé, chez les enfants, que dans l'entérite chronique et dans la tuberculisation. A part l'affection tuberculeuse, toutes les fois donc qu'on verra un enfant présenter du dépérissement avec un état continu, ou rarement intermittent, douleurs de ventre, etc., le foie et les autres organes étant sains, on pourra croire, presque sans certitude de se tromper, qu'il est atteint d'une maladie des intestins. Le diagnostic serait complet si on terminait : 1° quelle est la lésion intestinale; 2° s'il existe des compli-

cations. L'absence de la lésion intestinale, inflammation simple, ramollissement, ulcérations, est d'autant plus difficile que les mêmes symptômes peuvent coexister avec les lésions les plus profondes ou les plus légères, et même, dans des cas exceptionnels, sans lésion intestinale sensible; toutefois on n'oubliera pas que c'est presque toujours le côlon qui est le siège de l'entérite chronique. La seule lésion me semble pouvoir être diagnostiquée; ce sont les ulcérations, dans lesquelles du pus strié de sang se trouve dans les matières excrétées. — Les complications résultent de la débilitation où se trouve l'enfant. Ce sont l'anasarque, l'œdème-pneumonie et les fièvres exanthématiques, qui, le plus souvent, finissent par hâter la mort.

**ENTÉROLITHES.** — Voy. CALCULS (intestinaux).

**ENTÉRORRHAGIE.** — Voy. HÉMORRHAGIES (par l'anus).

**ENTOZOAIRE.** — Tous les entozoaires de l'homme qui ont été décrits intéressent pas également le médecin praticien; aussi ne sera-t-il question dans cet article que de ceux dont la présence peut être reconnue pendant la vie, par des signes caractéristiques, soit par leur expulsion au dehors de l'organisme, où ils sont constatés à l'œil nu ou aidé du microscope. Je renvoie le

lecteur qui désirerait étudier complètement la question des entozoaires, surtout au point de vue de l'histoire naturelle, à la *Zoologie médicale* de M. Tandon, et surtout à l'ouvrage spécial de Davaine (*Traité des Entozoaires des maladies vermineuses*, 1860), qui me fournira les principaux matériaux de cet article.

Les entozoaires de l'homme sont très-variés et très-nombreux, quoique les recherches modernes en aient simplifié la nomenclature en éliminant un grand nombre d'espèces fictives, et en groupant, dans certaines tribus (cestoïdes, trématodes), beaucoup d'autres espèces considérées comme distinctes par les anciens observateurs, et qui ne sont que des transformations d'une même maladie, en vertu de leur *génération alternante*. Mais je n'ai pas tant à insister sur les distinctions zoologiques des entozoaires que le praticien doit connaître sur leur *siège anatomique dans tel ou tel organe*. Les accidents qu'ils provoquent étant différents suivant leur *habitat*, cette distinction est naturellement la base la plus pratique du diagnostic.

Je vais principalement traiter du diagnostic des entozoaires des voies digestives, où il est le plus ordinaire de les rencontrer; j'exposerai ensuite le nombre de données pratiques qui ressortissent aux faits connus relativement aux entozoaires des autres organes, en faisant remarquer que j'ai traité à part les BACTÉRIES, vers microscopiques du système sanguin, et des HYDATIDES. Je n'ai reporté au mot PARASITES (Animaux) la question des *épizoaires*. Je n'aborderai complètement les entozoaires dont l'existence n'est rien moins que démontrée, ou qui, n'ayant donné lieu à aucun phénomène apparent pendant la vie, n'ont été constatés qu'après la mort. Tels sont les vers des *voies respiratoires*, les tubercules vermineux de l'*estomac* et des *ganglions bronchiques*, etc.

### I. Entozoaires des voies digestives.

Les entozoaires de l'intestin, observés chez l'homme, qui donnent lieu à des phénomènes symptomatiques communs, sont compris dans les *nématodes* et les *cestoïdes*. Les ascarides et les oxyures se rapportent au premier type, les ténias au second. Mais, outre ces entozoaires, il en est qui paraissent donner lieu à d'autres accidents particuliers soit dans l'intestin, comme l'*achylostome duodénal*, soit dans les voies biliaires, comme la *douve du foie*, et enfin dans les voies urinaires. De plus, il y a des entozoaires qui se montrent simplement dans les évacuations intestinales examinées à l'aide du microscope et qui se rattachent au type des *protozoaires*.

Lorsque les vers intestinaux donnent lieu à des phénomènes appréciables, ce qui n'a pas toujours lieu, c'est dans le dérangement des fonctions intestinales ou dans des troubles réflexes des autres organes que ces phénomènes se manifestent.

Du côté des *organes digestifs*, on a noté : des *douleurs abdominales* variées, quelquefois déchirantes, des *coliques*, des *picotements*, d'autres fois des *sensations* de reptation ou de contraction, soit dans l'abdomen, soit dans le pharynx ou dans l'œsophage; une *haleine* acide ou fade, de la *salivation*, la *tuméfaction* du ventre, de la *soif*, de l'*anorexie* ou une *faim exagérée*, des *nausées* ou des *vomissements*, rarement des *selles sanglantes*, souvent des *démangeaisons* à l'anus. — Du côté des autres organes, on a constaté de nombreux phénomènes : une *toux sèche*, un *pouls* irrégulier, des *palpitations*, des *défaillances*, la dilatation des *pupilles*, du *strabisme*, des troubles de la *vue*, l'*amaurose*, la *cécité*, la *surdité* ou l'*exaltation* de l'*ouïe*, la *perversion du goût* ou de l'*odorat*, de vives *démangeaisons* au nez, des *hémorrhagies*.



des, du prurit et des fourmillements à la peau, des sueurs abondantes, céphalalgie, des vertiges, des douleurs vagues, surtout aux articulations, agitation, des grincements de dents, de la somnolence ou du coma, des éruptions.

Il n'est pas un tableau de la maladie, qu'il est impossible de généraliser, une simple énumération de phénomènes qui, groupés en certain nombre isolés, constituent autant de manifestations symptomatiques. Cette multiplicité de phénomènes fait immédiatement prévoir la facilité d'erreurs plus ou moins graves de diagnostic qui doivent se commettre, jusqu'à ce que l'expulsion des helminthes vienne faire cesser les accidents et démontrer ainsi l'origine. En l'absence de cette expulsion au dehors, en effet, on ne peut soupçonner la nature de la maladie, et on la méconnaît nécessairement. Les phénomènes se groupent de manière à caractériser une autre affection. On a vu des lésions intellectuelles (*manies diverses*), l'hystérie, la catalepsie, les convulsions épileptiformes, la chorée, les tremblements, même des paralysies diverses, et jusqu'à l'hydrophobie non rabique, être sous l'influence d'entozoaires intestinaux, ainsi que le démontrait la guérison relative de ces états nerveux après le rejet complet des helminthes hors du système.

La donnée précieuse de diagnostic, puisqu'elle peut faire soupçonner les lésions intestinales en l'absence de leur expulsion, c'est la connaissance du domicile par le malade. Rien de mieux démontré, en effet, que l'endémicité des affections vermineuses; il est donc essentiel d'en tenir compte non-seulement dans le pays même, mais encore au dehors, lorsqu'un malade provient de là où cette endémicité a été notoirement constatée. C'est surtout à Paris, qu'on observe principalement des faits de ce genre, qu'il est nécessaire de les noter.

On verra maintenant, en dehors de ces généralités, ce qui est particulier aux entozoaires des organes digestifs.

**LOMBRICS OU ASCARIDES LOMBRICOÏDES.** — Ces vers, dont les figures 35 et 36 donnent les principaux caractères, se montrent principalement chez les enfants au-dessus d'un an, lorsqu'ils sont faibles, lymphatiques, scrofuleux ou soumis à un régime insuffisant. Ils sont endémiques dans de certaines localités, et le plus souvent ils ne produisent pas d'effets sensibles, tandis que dans d'autres ils se manifestent par des accidents remarquables, ainsi que j'ai eu occasion de le constater en Picardie.

Il faut surtout aux enfants affectés de lombrics que sont applicables les signes suivants du côté de la face : pâleur, teint plombé, yeux cernés d'un cercle noir, parfois brillants ou d'un aspect particulier par suite de la dilatation des pupilles, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois. Les lombrics, accumulés souvent en grand nombre dans l'intestin grêle, peuvent d'ailleurs provoquer la plupart des manifestations symptomatiques que j'ai rappelées précédemment. De leur expulsion hors des voies digestives vient souvent éclairer le diagnostic; il faut éviter alors d'attribuer les phénomènes observés à la présence des lombrics dans les cas où il n'y a que simple coïncidence. L'expulsion des helminthes se fait par l'anus, par la bouche, par le nez et même à travers les parois intestinales et de l'abdomen, où ils forment des abcès particuliers. Davaine a raison la théorie de Monnier relative à ces dernières pénétrations à travers le tissu du mésentère; mais il ne croit pas non plus que les lombrics agissent comme des corps étrangers irritants, se fondant sur ce fait que les abcès vermineux ne se forment pas à l'ombilic chez les enfants, à l'aîne chez les adultes, et sur ce que la



sortie des lombrics à travers les parois abdominales est ainsi en rapport avec le siège des hernies, plus fréquentes à l'ombilic chez les enfants, dans l'air des adultes (*ouv. cité*, p. 192). Je ne saurais admettre l'interprétation de mon savant confrère, me fondant sur la formation des abcès viscéraux de l'abdomen a généralement une tendance à s'ouvrir justement au voisinage de l'ombilic, la préférence à toute autre région (*Voy. ABCÈS*, p. 6). On a encore signalé la pénétration des lombrics dans les canaux biliaires, dans la vésicule et même dans le foie (*Voy. COLIQUES*, p. 210).

Suivant Davaine, dans les cas douteux de lombrics dans l'intestin, la présence (au microscope) de leurs œufs dans les déjections est un signe certain de la présence de ces entozoaires du tube digestif (*loc. cit.*, p. 51); mais il faut déjà soupçonner l'existence des entozoaires pour faire une pareille recherche. H. Roger en conclut que c'est aux eaux où se trouvent ces œufs, prises en boisson, que le développement des lombrics est dû. Pour lui, ce fait important domine toute la pathologie vermineuse (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1864).

L'expulsion des lombrics et leur migration hors de l'intestin grêle, qu'ils occupent habituellement, donnent lieu, du reste, à des symptômes ou à des accidents particuliers qu'il faut connaître. — Lorsque le lombric gagne les voies digestives supérieures, il peut produire dans l'estomac des sensations semblables à celles dont l'intestin est le siège; il survient parfois même des vomissements avec rejet du lombric. Dans l'œsophage, l'ascaride provoque la sensation d'un corps étranger qui remonte par moments vers le pharynx; il donne lieu à un chatouillement pénible dans la gorge, à des nausées avec ou sans efforts de vomis-



Fig. 35. — Ascaride.



Fig. 36.

— a, c, pharynx; b, trois à bouches; c, mité; d, râle à spicule; e, glomér; f, de la; g, l'orifice; h, œuf.

sements, à un sentiment de constriction ou de spasme œsophagien, à une aphonie accidentelle, ou seulement à une toux sèche, incessante. On a vu, en province différents cas de cette espèce chez des enfants, dans lesquels on avait ensuite un lombric vivant par la bouche ou par les narines. Dans un cas de toux opiniâtre survenue brusquement chez une femme adulte, la toux ne pouvant nullement s'expliquer avec l'état normal apparent des voies respiratoires, et cette femme ayant, quelques années auparavant, ressenti à l'anus une grande quantité de lombrics, je prescrivis un anthelminthique. Elle détermina une évacuation abondante d'ascarides, et la disparition immédiate de la toux. — Arrivés dans le pharynx, ces entozoaires peuvent aussi pénétrer dans les fosses nasales et sortir par le nez, dans la trompe d'Eustache (W. et sortir ensuite par le conduit auditif (Bruneau), ou enfin pénétrer dans le larynx et la trachée, d'où résulte une suffocation mortelle, à moins qu'ils ne soient expulsés par la toux dans un temps très-court, comme l'a noté

quatorze faits réunis par Aronsson (*Arch. de méd.*, 1836, t. X) même (*loc. cit.*, p. 145). Davaine fait observer que l'œdème de la muqueuse, la laryngite spasmodique, les corps étrangers venus du dehors, des accidents analogues, et que l'apparition inopinée des phénomènes affaiblissant les organes respiratoires ni pénétration possible d'un étranger, devra faire soupçonner la pénétration d'un ascaride, pénétration certaine si l'exploration du pharynx par la vue et le toucher découvre le ver resté en partie dans le pharynx. C'est arrivé dans la moitié des cas. — Enfin, par exception, on a vu la sortie des lombrics par l'urètre, par suite d'une communication anormale de l'intestin avec la vessie.

On considère comme des complications : les abcès vermineux des intestins, la colique hépatique, et même la mort précédée de convulsions (qui pourraient être dues à la pénétration des lombrics dans les artères, l'obstruction intestinale, l'hémorrhagie et l'inflammation de l'intestin, la péritonite par suite de la pénétration de l'helminthe dans

le plus haut la fréquence des erreurs de diagnostic qui peuvent être faites à propos des entozoaires ; elles sont souvent motivées par des lombrics. La fréquence est connue. Les erreurs ont lieu soit parce que l'on ne voit pas leur présence, soit parce que, dans les pays où leur existence est connue, leur attribution à tort des phénomènes qui en sont complètement étrangers. Dans les deux cas, la confusion est surtout commise à propos des convulsions nerveuses cérébrales ou convulsifs, et j'avoue pour ma part ne l'avoir commise chez un enfant pris de coma, de convulsions avec grincements de dents, et à propos duquel mon erreur a persisté (comme c'est l'ordinaire) jusqu'à l'expulsion de nombreux lombrics par l'anus. Cette expulsion a tout fait disparaître. C'est principalement dans les faits qualifiés *cataplexie*, *convulsions* épileptiformes ou choréiques, *ménin-*gie, que le diagnostic présente de nombreuses incertitudes.

LES VERMICULAIRES, fig. 37. — Les mêmes symptômes nerveux peuvent être dus à la présence des oxyures dans le rectum. On les trouve le plus souvent à la pourtore de l'anus, leur siège ordinaire. C'est qu'il me paraît impossible de décrire l'état actuel de la science, malgré l'opinion de plusieurs auteurs.

En résumé, symptômes particuliers, les oxyures occasionnent le plus souvent des phénomènes locaux. On a observé d'abord des démangeaisons considérables, surtout la nuit, à la région anale, parfois des douleurs très-vives. Dans certains cas, chez les filles, l'envahissement par les vers de la région génitale occasionne une leucorrhée, ou provoque des habitudes de masturbation.

L'excitation sympathique des organes peut suffire seule pour provoquer la manie, dans les deux sexes, même chez l'homme (Maignan). Marchand (*Gaz. des hôp.*, 1847) a observé comme une conséquence des oxyures la paralysie du sphincter, et Hervieux a communiqué, dans un rapport fait à l'Académie des hôpitaux, en mars 1859, un fait très-remarquable, dans lequel



Fig. 37. — Oxyure. — a, mâle. b, femelle. c, extrémité céphalique montrant les trois nodules et le gonflement aliforme. d, extrémité caudale du mâle. e, extrémité caudale de la femelle. f, œuf.

un spasme anal très-douloureux s'accompagnait d'éruptions fréquentes, de borygmes, de flatuosités, de dysurie, et enfin d'évacuations dysentériques. Sentant cette coïncidence particulière, que chaque vingt-quatre heures il y en même temps une selle naturelle de matières comme passées à la filière, crut successivement, dans ce fait, à une fissure à l'anus, à une dysenterie même à une *dégénérescence organique*, que firent rejeter la constitution du malade (35 à 40 ans) et ses antécédents. L'expulsion des oxyures par l'action d'un purgatif (huile de ricin) vint seule éclairer sur la nature de la maladie.

Ici donc, comme pour les lombrics, l'apparition des entozoaires au diagnostic est le seul signe qui puisse donner la certitude au diagnostic ; mais heureusement il suffit assez souvent d'écarter les plis rayonnés de l'anus pour constater la présence des oxyures, que leur couleur blanche, leur aspect filiforme et leurs mouvements décèlent aussitôt. Certains enfants rendent des myriades d'entozoaires dans des garderobes semi-liquides, et parfois sans rien ressentir de particulier que quelques coliques avant l'évacuation.

Davaine a vainement cherché les ovules des oxyures dans les selles des individus affectés de cet entozoaire. L'examen microscopique ne peut donc, dans pareil cas, être utile au diagnostic, qui, dans les faits douteux, se base généralement sur les phénomènes insolites vers le rectum, survenant surtout la nuit. J. Cruveilhier a observé un enfant chez lequel des douleurs intolérables dans la région de l'anus, se montrant chaque nuit, firent croire d'abord à des dents intermittents ; la découverte des oxyures mit fin à la méprise (*Dict. méd. et de chir. pratiq.* en 15 vol., art. ENTOZOAIRE).

C. TÉNIAS. — On sait qu'il existe trois espèces de ténias, qui occupent la partie supérieure de l'intestin grêle : 1° le *ténia solium*, comprenant chez l'homme deux variétés : le *ténia armé* avec sa double couronne de crochets, fig. 38 et 41, et le *ténia inerme* (non armé), fig. 39 et 42 ; 2° le *bothriophore*, fig. 40 et 43 ; 3° le *ténia nana*, observé seulement en Égypte. On a donné des données symptomatiques, qui sont les mêmes pour les trois espèces, ou la plus grande ressemblance avec celles qui sont dues aux lombrics, ainsi l'a fait observer le docteur Louis. Seulement, lorsque l'existence des helminthes est soupçonnée, on doit plutôt penser qu'il s'agit d'un ténia si l'on a affaire à un adulte, et de lombrics si c'est un enfant. Pour le ténia, comme pour les autres entozoaires, son expulsion (ordinairement par fragments) est seule pathognomonique.

Legendre, qui a étudié, d'après trente-trois observations, les symptômes que détermine le ténia, insiste sur la nécessité de s'assurer s'il y a précédemment eu expulsion de ses fragments, toutes les fois qu'un homme, surtout, éprouve des phénomènes nerveux insolites et variés, ceux que j'ai rappelés plus haut. Il recommande non-seulement de questionner au préalable le malade et de lui décrire les caractères physiques des fragments, mais encore de faire administrer de l'huile de ricin, comme moyen de diagnostic, pour provoquer l'expulsion (*Arch. de méd.*, 1850, t. XXIII).

On s'expliquerait difficilement la longueur considérable du ver résultant de la réunion des fragments nombreux expulsés par certains malades, si l'on ne tenait compte du développement du ténia. Les travaux modernes ont établi, à l'égard de ce parasite, trois individualités distinctes pour l'embryon, la tête et les anneaux. L'anneau ou article, c'est là le fait principal à rappeler ici, constitue un individu parfait. Chacun de ces anneaux, qui sont produits successivement par gemmation par la tête ou scolex, présente les deux sexes et produit les ovules. G





Fig. 39.



Fig. 40.

a solium armé (grandeur naturelle). Fragments pris de distance en distance depuis la dernière anneaux, faisant voir la forme successive de ces anneaux. L'ordre des segments indique leur disposition d'avant en arrière. Aux fragments e, f, g, les pores génitaux latéraux (Davaine, *Entozoaires*).

a solium de l'homme, inermé (grandeur naturelle). Fragments pris de distance en distance. L'ordre indique leur succession d'avant en arrière. De c en g, les pores latéraux sont visibles (Davaine).

bothriocéphale de l'homme (grandeur naturelle). Fragments pris de distance en distance. L'ordre indique leur situation relative, de la tête à l'extrémité postérieure. En c, d, e, f, le pore est visible et central. g, derniers anneaux ratatinés après la ponte (Davaine).



Fig. 42.



Fig. 43.

a, tête du tenia de l'homme, armé, grossie douze fois et vue sous deux aspects.

b, tête du tenia de l'homme, inermé, vue sous deux aspects, grossie cinq fois (voyez celle de la fig. 41). c, œuf mûr du même tenia, grossi trois cent quarante fois (Davaine, *Entozoaires*).

a, tête du bothriocéphale de l'homme, grossie six fois et vue sous deux aspects.

ovules, circulaires pour le ténia solium, et ovoïdes pour le bothriocéphale, vent-ils être constatés au microscope dans les selles ? Cela paraît douteux si le ver est intact, suivant Davaine. Les ovules ne peuvent dans la plupart des cas, comme les fragments du ténia, à reconnaître. Les anneaux du ténia solium s'isolent fréquemment et constituent des vers particuliers (*cucurbitins*) ; ils ont leurs organes génitaux sur les bords. Les anneaux du bothriocéphale, quadrilatères et bien plus larges que les cucurbitins, sont toujours isolés (à l'état de cucurbitins), et ils ont les ouvertures génitales au centre. Je dois rappeler que le ténia solium est bien plus répandu que le bothriocéphale, qui n'est bien connu qu'en Europe (dans les contrées de la mer, des lacs ou de certains fleuves), tandis que le ténia solium est observé dans les quatre parties du monde.

D. TRICHOCEPHALE, fig. 44 et 45. — Cette espèce de ver, qui est d'une ténuité qui le rend peu visible, quoiqu'il ait 37 à 50 mil

longueur, occupe principalement le cœcum, moins souvent le grêle, et quelquefois l'intestin grêle ; il est très commun comme l'ascaride. Suivant Davaine, on ignore complètement les symptômes qu'il détermine pendant Félix Pascal (*Chirurgie des voies urin.*), cité par



Fig. 44. — Trichocephale de l'homme. — 1, mâle (grandeur naturelle); 2, femelle (grandeur naturelle); 3, extrémité céphalique grossie; 4, extrémité caudale du mâle grossie. — a, anus; bb, spicule; c, gaine du spicule (Davaine).



Fig. 45. — Oeuf du trichocephale. — a, grossi soixante-dix fois; b, cent fois (Davaine).

signalé des accidents cérébraux qu'on a cru devoir attribuer à cet hôte. Barth a observé un fait dans lequel il y eut des symptômes de méningite mortelle, et sans autre lésion qu'un amas considérable de trichocephales dans le testin. Cet entozoaire pourrait donc donner lieu à des désordres graves comme les lombrics et le ténia. Mais dans les cas d'ailleurs nombreux de ce genre, c'est encore l'examen du ver expulsé qui peut trancher la question. Cette expulsion n'a lieu que chez les malades atteints de diarrhée ou de dysenterie. L'examen microscopique des matières fécales est un diagnostic facile et certain, dit Davaine, les œufs de ces vers se trouvent en grand nombre dans les matières évacuées (*Traité des Entozoaires*). Ces œufs sont ovoïdes, renflés à leurs extrémités et de 0<sup>mm</sup>, 653 (fig. 45).

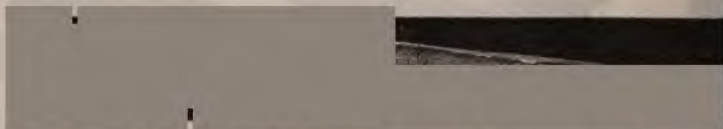


Fig. 46. — Anchylostome mâle. — 1, grandeur naturelle; 2, fortement grossi. — a, spicule; b, bourse caudale; c, ouverture de l'organe excréteur située près de l'œsophage; d, œuf avec un noyau de cellule apparent; e, circonvolution du tube génital (d'après Bilharz).



LOSONE DUODÉNAL, *fig. 46*. — Observé à Milan (Dubini) et en Égypte (Farz et Griesinger), cet entozoaire n'a que 6 à 9 millimètres de longueur et occupe le duodénum et surtout le jéjunum, où il s'attache profondément : d'où de petites et fréquentes saignées qui, suivant les observations, détermineraient l'anémie grave que l'on a dénommée *chlorose*. Dans une seule autopsie, avec épanchement sanguin et des milliers de vers fixés chacun au centre d'une petite ecchymose, sert de base à ce qui se voit (Davaine, *loc cit.*, p. 118).

OU DISTOME DU FOIE, *fig. 47 et 48*. — Les voies biliaires qui aboutissent au duodénum peuvent être obstruées par la douve du foie (*distomum hepaticum*), ainsi que le professeur Biermer (de Berne) en a rapporté un exemple très-intéressant, dont il a rapproché les neuf observations déjà connues. Son malade, ancien soldat aux Indes orientales, offrait un ictère intense, sans fièvre, mais avec des douleurs aiguës au niveau de l'hypochondre droit, des vomissements, une toux fréquente, et, dans les derniers temps, un amaigrissement et des accidents scorbutiques suivis de mort. Outre une rate très-volumineuse, il constata une douve obturant le canal cholédoque (*Arch. de méd.*, 1864).

G. PROTOZOAIRES. — Des infusoires qui ne se rencontrent pas dans les fèces dans l'état sain peuvent y être constatés dans les flux de ventre. Des

*vibrions* ont été trouvés dans les selles des cholériques par Pouchet (1849), Rayney et Hassall. Davaine en a rencontré aussi dans les garde-robes des phthisiques, et, de plus, il a signalé des *cercomonas*, *fig. 49*, dans les selles des individus atteints du choléra (1853). Enfin Malmsten a attribué la diarrhée et la lienterie, dont deux de ses malades

ont été atteints, à de nombreux protozoaires *paramécien*s qu'il a le premier constatés dans cette condition. Ces différents protozoaires, qui périssent dès

qu'ils sont  
à trois cent.  
Deux (da-  
vaine).



*Fig. 48.* — Ovule du distome hépatique grossi 107 fois et traité par la potasse caustique pour séparer l'opercule.

qu'ils sont refroidies, n'ont jusqu'à présent qu'une valeur très-secondaire.

#### ENTOZOAIRES DANS D'AUTRES ORGANES.

Il n'y a rien à dire de la présence des entozoaires dans d'autres organes que les organes digestifs. Je n'ai qu'à signaler ceux des voies urinaires.

ENTOZOAIRES DES VOIES URINAIRES. — Les voies urinaires chez l'homme sont-elles atteintes d'entozoaires? Suivant la remarque de Davaine, on n'y a trouvé, en dehors du cas de *giant*, que des protozoaires (*vibrions* et *monades*), des corps versés d'espèces indéterminées ou mal déterminées, des vers intes-



tinaux ou des hydatides erratiques, des concrétions sanguines, et des ou des larves d'insectes tombées accidentellement dans l'urine. Le *sp* et le *dactylius aculeatus* ne seraient entozoaires fictifs. Cependant Harley a au Cap de Bonne-Espérance, dans l'urine d'une malade atteinte d'hématurie, des œufs d'un *distomum hæm* fig. 50, et même un embryon parfait. L'entozoaire en serait ici le principal symptôme, comme le *strongle*.



Fig. 50. — *Distomum hæmatobium* mâle et femelle fortement grossis. — *a*, *b*, *c*, femelle en partie contenue dans le canal gynæcophore. *d*, le corps vu par transparence dans le canal. *e*, *f*, *g*, *h*, *i*, le mâle. *i*, ventouse buccale. *k*, ventouse ventrale; entre *i* et *h*, le tronc; en arrière de *h*, la queue (d'après Bilharz).

Le *strongle géant*, dont il n'existe qu'un nombre d'exemples chez l'homme, occasionne en effet, des *hématuries*, de *violentes douleurs* et des *phénomènes graves* semblables à ceux des calculs rénaux; mais le diagnostic ne saurait être par la seule considération des symptômes dans un cas exceptionnel il y ait eu, suivis (Revue méd., 1846), un *sentiment de pression* au niveau du rein affecté, avec une tumeur *visible* à travers les parois abdominales. Dans les cas où l'uretère est perméable, Davaine a constaté la présence de ces œufs avec l'urine, et les symptômes de la présence d'un corps étranger dans les reins ou la vessie raient donner la certitude de l'existence d'un *strongle* dans ces parties. Les œufs du *strongle* sont au grand nombre, brunâtres et volumineux (0<sup>mm</sup>,07 à 0<sup>mm</sup>,08; largeur, 0<sup>mm</sup>,04.)

#### B. ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME. — Donné a signalé dans le



Fig. 51. — *Trichomonas vaginalis*.

ginal la *trichomonade vaginale*, fig. 51. Valentin, Siebold et Vogel ont cru que c'était de l'épithélium vibratile, cependant Donné a confirmé la découverte de Donné. Ce *monade* ne se rencontre pas dans le vagin sain, mais seulement quand ce muqueux est fermé des bulles d'air qui lui donnent un aspect écumeux.

C. MUSCLES. — Depuis la découverte de la *trichina spiralis* en 1832, il en avait été peu parlé jusqu'à ces dernières années. Mais la *trichinose* a pris de grandes proportions, et a dû être traitée à part dans cet ouvrage (TRICHINOSE).

On a vu à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1862, un vieillard de soixante-dix ans qui présentait une foule de petites tumeurs sous-cutanées de la grosseur d'un haricot, et qui furent prises pendant la vie pour des tumeurs fibro-pneumoniques. C'étaient des *cysticerques*, fig. 52, dont plusieurs centaines purent être retirées des muscles; un beaucoup plus grand nombre occupait le tissu conjonctif et d'autres organes (*Soc. de biologie*, 3<sup>e</sup> série, t. V, 1863. Paris, 1864). On a aussi retiré des *cysticerques* dans l'encéphale.

Il n'a été question dans cet article ni des *vers vésiculaires*, dénommés *chénocœques*, dont j'ai traité au mot HYDATIDES, ni de la *filaire de Méditerranée* (vers de Guinée), entozoaire nématode qui habite les régions

corps, et dont il a été question à propos des PARASITES animaux. (SITES).

ysticerques ladriques al-  
vieillesse, provenant des  
cerveau de l'homme. —  
(un muscle) dont la vé-  
re est devenue mûriforme  
est presque oblitéré;  
e, la vésicule extérieure  
aversée; la vésicule in-  
côté opposé au pertuis,  
de renflements vésicu-  
da (du cerveau), vésicule  
rmée, pertuis encore  
a, rostre et couronne de  
ce cysticerque, enseveli  
ent noir; grossi cent sept  
du (du cerveau) portant  
s; le corps et la tête  
dans le prolongement qui  
des; 3 a, tête de ce cys-  
is quarante-deux fois et  
e; elle avait acquis une  
normale, ses crochets  
(deux ont été retrouvés  
kyste); 3 b, même tête,  
aissement, mais compri-  
s ventouses et le rostre  
ar du pigment (Davaïne).



**ES.** — La position normale des épaules peut être irrégulière par éréentes conditions pathologiques qu'il ne faut pas perdre de vue. Le et principalement les déviations supérieures de la colonne vertébrale lifier leur symétrie, l'épaule qui correspond à la convexité de la scolus élevée et plus saillante en arrière que celle du côté opposé. Le ent d'un des côtés de la poitrine produit habituellement un *abaisse-*este de l'épaule correspondante par rapport à l'opposée (*Voy. PLEU-*n une des épaules ou toutes les deux éprouvent, principalement au apulum, des déplacements par suite de la *contracture*, de la *pa-*le l'*atrophie* des muscles qui s'insèrent à cet os. C'est ce que mon-ires 53, 54, 55 et 56, empruntées à Duchenne (*Électrisation loca-*t.).

nations de l'épaule méritent une sérieuse attention. Les dernières tes à l'impossibilité d'exercer certains mouvements, sont, en effet, d'autant plus importants des contractures ou des paralysies que je peler, qu'elles constituent des données diagnostiques qui sont sou-atement constatées par le médecin et qui peuvent par conséquent le la voie du diagnostic. C'est ainsi que l'épaule peut être maintenue au contraire complètement abaissée, ou portée fortement en avant; peut faire saillie sous la peau par son bord spinal en forme d'aile as est porté en avant; son angle inférieur peut en s'élevant se rap-l'épine vertébrale, etc. On trouvera aux articles CONTRACTURES PARALYSIES les détails nécessaires sur la valeur de ces différents verra que ces affections, localisées dans les muscles de l'épaule,



Fig. 53. — Contrature de l'angulaire de l'omoplate; élévation de l'épaule.



Fig. 54. — Atrophie et paralysie du grand télé. — B, scapulum droit faisant saillie, le bras porté en avant.

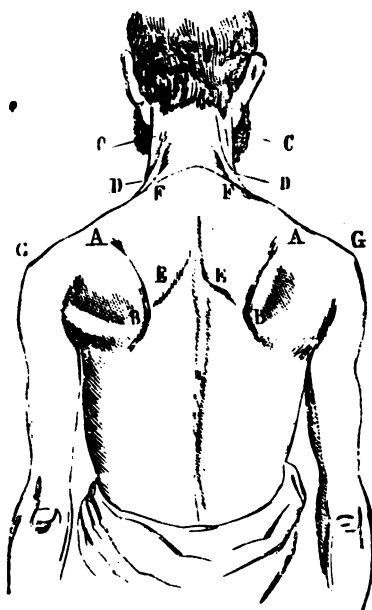


Fig. 55. — Atrophie et paralysie des muscles trapèzes. — AA, angles supérieurs des omoplates écartés. BB, angles inférieurs plus rapprochés au contraire de la ligne médiane. Épaules baissées.



Fig. 56. — Contrature du rhomboïde. — relief de ce muscle contracturé. C, angle inférieur de l'omoplate remonté et rapporté à l'épine vertébrale.

ent expliquer certaines lésions des mouvements apparents de la *main* ou de l'*avant-bras*.

antécédents, les conditions dans lesquelles les phénomènes observés sont us, et, comme mode d'investigation, l'impossibilité de certains mouvements, la réalisation de certains autres, l'*inspection* surtout, la *palpation* et emploi de l'*électrisation localisée* : tels sont les moyens à l'aide desquels il est possible de constater les signes dont l'épaule est le siège.

**HÉMÈRE** (Fièvre). — Cette affection légère, appelée aussi *courbature*, est une fièvre qui survient brusquement et qui cesse ordinairement après quatre heures; rarement elle se prolonge deux ou trois jours.

Elle rencontre principalement chez les enfants et les jeunes gens à la suite de fatigues, de efforts, d'écarts de régime, d'émotions vives, de l'insolation à un degré modéré. Elle marque le début d'une foule de maladies aiguës peu graves, dont la plus fréquente est la congestion pulmonaire idiopathique, dont elle est un des meilleurs caractères, comme je l'ai signalé (*Voy. CONGESTIONS*). Elle débute par un frisson au froid, un sentiment de fatigue, de prostration, du frissonnement dans les membres et dans les lombes, et de la sensibilité à la pression des diverses parties du corps. La face est naturelle; il y a de l'anorexie, une soif plus ou moins vive; la langue est blanchâtre, les pouls fréquent, plein, régulier, la peau sèche; il y a une céphalalgie parfois intense, propension au sommeil qui peut être interrompue par de vives rêveries et même de délire, puis tout rentre dans l'ordre : parfois, après une moiteur ou une sueur assez abondante, une épistaxis ou la disparition d'un *herpès* aux lèvres et plus rarement à la vulve, à l'anus ou à la puce. Un état passager de fatigue peut succéder à cette fièvre.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté. Si l'on pouvait avoir quelque doute de croire, vu les localités, que l'on a affaire à une fièvre intermittente, dans laquelle le frisson et les sueurs sont pourtant mieux caractérisés, il suffirait de reproduire la reproduction de l'accès. Cependant il faudrait prendre garde, dans les fièvres palustres, de considérer comme de simples fièvres éphémères des accès trompeurs de nature pernicieuse et qu'il serait imprudent de laisser se reproduire. Dans le doute, en pareil cas, il vaut mieux croire à une fièvre d'accès qu'à une conséquence.

**ÉPIDÉMIE**. — Lorsqu'il règne une épidémie dans une contrée ou dans un voisinage de celui où l'on observe, la connaissance de ce fait éveille l'attention du médecin, et par cela même facilite le diagnostic dans beaucoup de circonstances. Mais, d'un autre côté, il faut se tenir sur ses gardes pour ne pas se laisser aller à admettre l'existence de la maladie épidémique dès que l'on constate quelques symptômes analogues à ceux qui la caractérisent. C'est surtout au début des épidémies que les erreurs de diagnostic peuvent être désastreuses.

**ÉPIGASTRE**. — Cette région, dont il a été déjà question à l'article *ABDOMEN*, correspond : en haut, au lobe gauche du foie qui peut, lorsque cet organe est augmenté de volume, envahir toute la région épigastrique; à l'estomac, au duodénum, et, plus profondément, à l'aorte, au tronc cœliaque et à ses divisions, à la veine cave inférieure, et à la colonne vertébrale. Quoique l'accumulation du tissu adipeux sous-cutané soit moins abondante à l'épigastre qu'à la partie inférieure de l'abdomen chez les personnes obèses, l'embonpoint y est une condition défavorable à l'exploration. D'un autre côté, la maigreur produite et la flaccidité des parois abdominales peuvent faire percevoir des sensations physiologiques qui en imposent pour des phénomènes pathologiques; tels que la saillie de la colonne vertébrale et les battements de l'aorte, qui peuvent faire croire à une tumeur, à un anévrysme.



Les signes que l'on constate à l'épigastre sont, à part la douleur, des physiques. — Les douleurs dont le malade rapporte le siège à l'épigastre que l'exploration y découvre, ont une grande importance pratique, et le siège ou leur siège doivent être recherchés avec le plus grand soin, car cette constatation est souvent la base la plus sûre du diagnostic. — 0 douleurs, on peut constater à la région épigastrique : des *petites saillies* cutanées sensibles à la vue ou seulement au toucher au niveau ou sur l'arc de la ligne blanche (HERNIES), ou bien une *distension* générale de l'abdomen due à la DILATATION de l'estomac ou du côlon par des gaz, à une tumeur du foie ou au refoulement de la masse intestinale par une ascite ou par une tumeur abdominale considérable. La palpation, qui fait constater assez fréquemment des tumeurs à l'épigastre, pourrait induire en erreur, si l'on n'était précautionné, faisant prendre pour une tumeur du pylore la saillie résistante de la paroi antérieure du muscle droit, portion limitée par une intersection aponeurotique (Voy. TUMEURS). L'épigastre peut encore être le siège de battements dont la valeur a été discutée ailleurs (Voy. PULSATIONS), et dont l'interprétation donne lieu à des erreurs assez fréquentes.

Pour la distinction anatomique des lésions qui ont leur siège à l'épigastre, voyez les articles consacrés aux différents organes qu'on y rencontre.

**ÉPIGLOTTE.** — Cette soupape, placée à l'entrée des voies respiratoires profondes, est revêtue d'une muqueuse fine qui peut s'enflammer, et augmenter de volume au point de former une saillie globuleuse, rouge, visible dans le pharynx, ainsi que je l'ai vu dans un cas de pharyngite à Cochin. Elle est moins rare que l'épiglotte soit le siège d'une *infiltration séreuse* (œdème de la glotte), d'*exsudats divers* qui l'envahissent après s'être développés dans les parties voisines, et d'*ulcérations* qui détruisent quelquefois l'épiglotte en grande partie. Enfin il peut y avoir *paralysie* des muscles aryéno-épiglottiques.

Les symptômes fonctionnels qui résultent des lésions de l'épiglotte sont la conséquence de l'occlusion incomplète de la glotte au moment de la déglutition. Ils consistent dans une suffocation passagère due à la pénétration dans la glotte du liquide ou du solide à ingérer, et parfois dans son rejet par le nez pendant la toux.

L'épiglotte est rarement accessible à la vue, sauf à l'aide du laryngoscope, mais elle n'est pas située si profondément dans le pharynx qu'on ne puisse l'atteindre avec l'extrémité de l'indicateur (Voy. PHARYNX), qui peut, par son augmentation de volume, son degré de souplesse et ses ulcérations, l'occlure. L'ont détruite dans une assez grande étendue. Le doigt touchant l'épiglotte est un excellent guide pour l'introduction de la sonde laryngienne (Voy. LARYNX).

**ÉPILEPSIE.** — L'épilepsie est une névrose que l'on a cherché à expliquer par des hypothèses diverses : troubles circulatoires cérébraux, altération du sang, pouvoir réflexe ou excito-moteur de la moelle épinière et primitivement de la moelle allongée. Ces hypothèses, émises par Bouchet et Cassin, Henle, Frerichs, Todd, Marshall-Hall, Brown-Sequard, Foville fils (1857), ne sont pas assez rigoureusement déduites des faits cliniques qu'on leur applique, ainsi que l'a démontré Jules Falret (Arch. de méd., 1859, t. XIV). Beau et Leuret ont publié deux très-bons Mémoires sur cette maladie (Arch. de méd., 1843). Trousseau en a fait le sujet de plusieurs leçons (Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu). Herpin (de Genève) et Bellac ont traité de l'épilepsie dans des ouvrages spéciaux importants.

1<sup>re</sup> *Éléments du diagnostic.* — L'épilepsie est essentiellement caractérisée par des accès de courte durée, ordinairement convulsifs et toujours mar-



perte de connaissance et de sensibilité. Ils se présentent sous deux formes : la physionomie est tout à fait différente. Dans l'une, dite *grand mal* ou *haut mal*, la convulsion domine; dans l'autre, dite *petit mal*, c'est le vertige. Tantôt ces accès sont précédés de prodromes de congestion cérébrale ou d'autres troubles aux qui n'ont rien de caractéristique, et tantôt d'un signe prodromique, le plus important qui précède immédiatement l'attaque, d'une *aura*, sensation variable et tout à fait particulière, douleur, prurit, froid, chaleur, se manifestant tout à coup dans un orteil, un doigt, un membre, ou dans un point quelconque de la face, pour remonter graduellement jusqu'au cerveau. Arrivée là, il y a *perte de connaissance* et développement de l'accès. Quelquefois l'individu pousse ou non un *cri*, il tombe ordinairement privé de sentiment; même temps le corps se raidit avec ou sans frémissement musculaire, les yeux se ferment, la *respiration* se suspend, les *yeux*, la *face* et le *cou* se tuméfient et prennent une *teinte violacée*, les *veines jugulaires* se dilatent, le *pouls* est faible et petit; après quelques secondes, des *secousses convulsives* se succèdent, s'accompagnant d'expirations brusques qui sortent hors de la bouche une *mousse blanche* parfois teinte de sang. Enfin les muscles se détendent plus ou moins rapidement, une *respiration bruyante*, saccadée et stertoreuse s'établit, le pouls devient plus fort, et, sauf une *hébétéation intellectuelle* et une *lassitude générale*, qui elles-mêmes se dissipent plus ou moins rapidement, tout revient en l'état primitif pour un temps plus ou moins long. Par leur plus ou moins d'intensité, ces symptômes peuvent varier à l'infini. — Les vertiges constituent un second ordre d'accès dans lequel il n'y a ni *cri*, ni chute, ni convulsions générales. Ici les phénomènes ne dépendent pas seulement par leur intensité, mais ils diffèrent tellement, suivant les individus, qu'il serait impossible d'en donner une description générale. C'est ce qui a fait remarquer Beau, qui a parfaitement signalé ces différences (*Arch. de méd.*, 1836, t. XI). Ainsi quelquefois l'individu sera surpris tout à coup dans une conversation, et pourra au bout d'une seconde achever la phrase qu'il aura commencée; d'autres fois, il tombera comme foudroyé et restera une demi-minute privé de sentiment et d'intelligence, sans qu'il y ait, comme dans l'accès convulsif, aucun désordre musculaire. Tantôt l'individu ne pourra ni parler ni mouvoir, l'intelligence étant à demi conservée; souvent il y aura quelques *mouvements convulsifs*, des *actes désordonnés*, des *paroles incohérentes*. Enfin, dans les cas les plus nombreux, d'après les relevés de Beau, l'individu après avoir pu se lever, se tenir debout, se rasseoir, tombe ou fléchit; sa face est pâle, immobile, les yeux sont fixes et hagards, ou bien il y a quelques légers tremblements des membres supérieurs et de la face. Il reste ainsi quelque temps; peu à peu il s'anime, il se lève, paraît étonné. Enfin l'intelligence reparait graduellement après une durée des phénomènes de deux à trois minutes.

En dehors de ces accès, il existe d'autres particularités que j'aurai à rappeler. **Inductions diagnostiques.** — Il semble au premier abord que rien ne soit plus simple que de reconnaître l'épilepsie lorsqu'elle est caractérisée par les phénomènes que je viens d'exposer. Il en est ainsi, en effet, pour les cas dans lesquels la maladie est déjà ancienne, lorsqu'elle s'est caractérisée par des accès plus ou moins multipliés, entre lesquels l'état général des fonctions a présenté les modifications particulières suivantes, qui concourent à établir le diagnostic. La face de l'épileptique, suivant la remarque d'Esquirol, finit par présenter comme caractères : le *gonflement des paupières*, l'*épaississement des lèvres*, l'*incertitude du regard*, la *dilatation des pupilles*. L'affaiblissement progressif de l'intelligence et de la mémoire (*démence*) qui succède à des accès

Les *signes* que l'on constate à l'épigastre sont, à part la douleur, des physiques. — Les *douleurs* dont le malade rapporte le siège à l'épigastre que l'exploration y découvre, ont une grande importance pratique, et leur siège doit être recherché avec le plus grand soin, car cette constatation est souvent la base la plus sûre du diagnostic. — Les *douleurs*, on peut constater à la région épigastrique : des *petites saillies* cutanées sensibles à la vue ou seulement au toucher au niveau ou sur de la ligne blanche (HERNIES), ou bien une *distension* générale de l'abdomen due à la DILATATION de l'estomac ou du colon par des gaz, à une tumeur du foie ou au refoulement de la masse intestinale par une ascite ou par une tumeur abdominale considérable. La palpation, qui fait constater assez fréquemment des *tumeurs* à l'épigastre, pourrait induire en erreur, si l'on n'était prévenu, en faisant prendre pour une tumeur du pylore la saillie résistante de la paroi antérieure du muscle droit, portion limitée par une intersection aponévrotique (Voy. TUMEURS). L'épigastre peut encore être le siège de battements anormaux dont la valeur a été discutée ailleurs (Voy. PULSATIONS), et dont l'interprétation donne lieu à des erreurs assez fréquentes.

Pour la distinction anatomique des lésions qui ont leur siège à l'épigastre, voyez les articles consacrés aux différents organes qu'on y rencontre.

**ÉPIGLOTTE.** — Cette soupape, placée à l'entrée des voies respiratoires profondes, est revêtue d'une muqueuse fine qui peut s'enflammer, et augmenter de volume au point de former une saillie globuleuse, rouge, visible à l'ouverture du pharynx, ainsi que je l'ai vu dans un cas de pharyngite à Cochin. — Il est moins rare que l'épiglotte soit le siège d'une *infiltration séreuse* (œdème de la glotte), d'*exsudats divers* qui l'envahissent après s'être développés dans les parties voisines, et d'*ulcérations* qui détruisent quelquefois la glotte en grande partie. Enfin il peut y avoir *paralysie* des muscles aryéno-épiglottiques. Les symptômes fonctionnels qui résultent des lésions de l'épiglotte sont la conséquence de l'occlusion incomplète de la glotte au moment de la déglutition. Ils consistent dans une suffocation passagère due à la pénétration dans la glotte du liquide ou du solide à ingérer, et parfois dans son rejet par le nauséux et la toux.

L'épiglotte est rarement accessible à la vue, sauf à l'aide du laryngoscope, mais elle n'est pas située si profondément dans le pharynx qu'on ne puisse l'atteindre avec l'extrémité de l'indicateur (Voy. PHARYNX), qui peut constater son augmentation de volume, son degré de souplesse et ses ulcérations. L'exploration l'ont détruite dans une assez grande étendue. Le doigt touchant l'épiglotte est un excellent guide pour l'introduction de la sonde laryngienne (Voy. LARYNGOSCOPIE).

**ÉPILEPSIE.** — L'épilepsie est une névrose que l'on a cherché à expliquer par des hypothèses diverses : troubles circulatoires cérébraux, altération du sang, pouvoir réflexe ou excito-moteur de la moelle épinière et pression de la moelle allongée. Ces hypothèses, émises par Bouchet et Cazavien, Henle, Frerichs, Todd, Marshall-Hall, Brown-Sequard, Foville fils (1857), ne sont pas assez rigoureusement déduites des faits cliniques pour être applicables à la pratique, ainsi que l'a démontré Jules Falret (Arch. de méd., 1859, t. XIV). Beau et Leuret ont publié deux très-bons Mémoires sur cette maladie (Arch. de méd., 1858, t. XIV). — Leçons (Clinique méd. de Paris) traitées de l'épilepsie de

1° Éléments du  
par des accès de

répétés, les accès de *manie* subite et assez souvent furieuse, et les *désirs érotiques* au point d'anéantir toute pudeur (Leuret), sont fréquemment observés. le *strabisme*, des *tics* particuliers et d'autres troubles nerveux sont plus rares. Suivant Jules Falret, les troubles intellectuels observés chez les épileptiques doivent être divisés en trois catégories principales : 1° ceux qui se produisent avant, pendant ou après l'attaque épileptique, et qui peuvent être considérés comme un simple épiphénomène de l'accès convulsif; 2° ceux qui existent pendant les intervalles des attaques; 3° enfin ceux qui ont une plus longue durée et qui constituent une véritable folie et qui surviennent sous forme d'accès (*Arch. gén. de méd.*, 1860, t. XVI).

C'est dans les faits de ce genre, qui sont observés principalement dans les maisons d'aliénés, que les commémoratifs dénotent le plus souvent une *frayeur* comme *cause* première de la maladie. Je crois cette cause beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense; il me paraît d'autant plus urgent de la rechercher par un interrogatoire attentif, que c'est une donnée étiologique fort utile au diagnostic. Chez un maniaque homicide soumis autrefois à mon observation et sujet à de violentes céphalalgies, l'écume desséchée sur un des côtés de la bouche me fit découvrir des accès nocturnes d'épilepsie, et plusieurs interrogatoires vinrent confirmer le diagnostic en apprenant que les douleurs de tête (survenant après les accès) remontaient à une frayeur qu'éprouva le malade en se craquant sous ses pieds la glace d'une rivière gelée. J'ai vu un autre malade atteint de *delirium tremens*, chez lequel des hallucinations terrifiantes produisirent, à ma présence une première attaque d'épilepsie, à laquelle le prédisposait d'ailleurs son alcoolisme, épilepsie dont la cause occasionnelle aurait pu facilement échapper. L'*hérédité* est aussi une circonstance dont il faut tenir compte.

En dehors des symptômes et de la particularité étiologique que je viens rappeler, il faut avoir égard à la *marche* essentiellement chronique de la maladie et au retour des accès à des intervalles à peu près déterminés chez le même individu, sans que l'on puisse, comme l'a fait remarquer Leuret (*Arch. de méd.*, 1843, t. II), prévoir le jour où l'accès aura lieu. Les accès peuvent d'ailleurs rapprocher de manière à constituer des espèces d'attaques, pendant lesquelles on voit quelquefois survenir la mort par asphyxie. Dans les intervalles des accès, il peut exister, ainsi que l'a fait remarquer Herpin (de Genève), des manifestations comitiales, crampes, convulsions partielles, spasmes viscéraux, tiges, etc., qu'il signale comme étant des *attaques réduites à leurs symptômes initiaux*, ou *avortant à une période plus ou moins avancée de leur cours*. Ces accès incomplets, quoique diversifiés, sont toujours ou presque toujours semblables chez le même épileptique (Herpin, *Des Accès incomplets de l'épilepsie*, 1867, œuvre posthume).

L'épilepsie qui se présente avec ces différents caractères ne permet aucun doute; c'est bien à une maladie particulière, bien déterminée par ses symptômes pendant la vie, que l'on a affaire. Mais la facilité du diagnostic est loin d'être la même lorsqu'il s'agit du début de la maladie, ou bien d'accès *épileptiformes* survenant dans le cours d'autres affections, et que l'on peut tout aussi bien dire *épileptiques*, tant la similitude des symptômes et des accès est complète. C'est ce qui a fait considérer par Trousseau les congestions cérébrales, apoplectiformes comme de véritables attaques épileptiques (*Voy. CONGESTIONS*).

A ne considérer que les accès convulsifs, la pratique ne tarde pas à reconnaître en effet, que la détermination des accès franchement épileptiques et des accès dits épileptiformes n'est pas aussi facile, pendant la vie, qu'on l'expose dans les livres. Cela vient de ce que la distinction est arbitrairement fondée sur une par-

ouvent ne se reconnaît qu'après la mort : l'absence ou l'existence tonique paraissant idiopathiques, on en trouve qui présentent des lésions cérébrales, tandis que des accès d'épilepsie véritablement idiopathique ont été pris à leur début pour des accidents épileptiformes symptomatiques. Cette distinction a été parfaitement comprise par les pathologistes qui, pour la distinction anatomique de l'épilepsie et des accidents épileptiformes, ont formulé les caractères différentiels des deux formes. L'aura et l'écume par la bouche ont été signalées comme caractères distinctifs de la névrose épileptique. Mais l'aura a été rencontrée plusieurs fois dans les cas dus à des tumeurs cérébrales, et il y a même plus : Ball a vu un cas de cette espèce, dans lequel l'explosion des accès, dus à une tumeur de la base du cerveau, était annoncée par une aura siégeant autour de la bouche, était arrêtée momentanément, sentant apparaître cette aura, se frappait la joue et les lèvres, et vomissait une grande quantité d'eau froide (*Recueil de la Soc. d'obs.*, t. II). L'aura est d'ailleurs un signe beaucoup plus rare qu'on ne le pense, puisque dans une moyenne annuelle de soixante-dix à quatre-vingts admissions à la Salpêtrière, dit n'en avoir rencontré qu'un seul cas bien en quatre années (*Union méd.*, 1865). L'expulsion de l'écume est peu pathognomonique que l'aura, car elle se produit avec les autres dans les accès dits épileptiformes.

Il faut donc se méfier dans les cas douteux où les accès sont récemment apparus, et ne pas oublier que des accès épileptiformes ou, pour être plus explicite, d'épilepsie symptomatique, avec les phénomènes convulsifs rappelés par les accès, peuvent éclater dans le cours de l'hystérie (hystéro-épilepsie), de la cataplexie, de la menstruation tardive (?), de l'éclampsie, de la congestion ou l'hémorrhagie cérébrale, de la paralysie générale des aliénés, de l'alcoolisme chronique, de la saturnine, de l'albuminurie, la présence d'entozoaires dans le sang (vers, lombrices ou ténias). Il me suffit de rappeler ces conditions pathologiques, d'autres particularités symptomatiques sont habituellement reconnues, qui quelquefois ne se caractérisent au premier abord que par des formes épileptiformes, comme l'intoxication saturnine, les entozoaires, l'albuminurie, etc. Dans ces cas, il suffit au praticien d'être prévenu pour qu'il ne se égare pas sur la fausse route.

Il ne paraît pas non plus nécessaire d'établir un diagnostic différentiel entre les accès épileptiques, idiopathiques ou symptomatiques, et les accès de cataplexie, d'hystérie ou de catalepsie. L'éclampsie se rencontre dans des circonstances particulières, la grossesse, l'accouchement, le début d'une fièvre, la dentition chez l'enfant, ce qui suffit pour la différencier de l'épilepsie (surtout de l'épilepsie tonique). Les accès franchement hystériques s'en distinguent en ce que leur forme est essentiellement clonique et expansive, que l'intelligence est abolie dès le début, non plus que la sensibilité, qu'ils se prolongent pendant un demi-heure, sans être suivis d'un sommeil comateux. — Les accès de catalepsie, leur forme tonique, avec absence de toute convulsion et l'immobilité des attitudes données aux membres, ne peuvent pas se méconnaître.

Il reste ici une question de diagnostic différentiel que nous ne saurions élucider : celle de l'épilepsie simulée. Aug. Voisin en a fait mention dans le travail qu'il a publié dans les *Annales d'hygiène* dans lequel il signale un nouveau moyen de diagnostic de l'épilepsie non simulée dans les caractères sphymographiques du pouls. En

cherchant dans l'état physique de ses malades de Bicêtre quelques signes ne pussent en aucun cas être imités ni produits à volonté par des simulateurs, il trouva dans l'emploi du sphymographe de Marey un signe « dépendant de l'ébranlement du grand sympathique retentissant dans tout le système des moteurs et par conséquent dans les artères des membres. » Ce signe, s



Fig. 57. — Pouls normal : 70 pulsations.

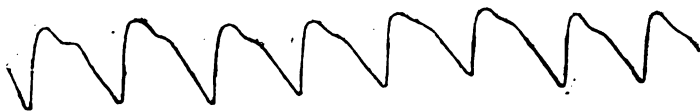


Fig. 58. — Dix minutes après le début d'une attaque convulsive : 88 pulsations.

Dieu sait, le tracé du pouls pris quelques minutes et jusqu'à une demi-heure après l'accès diffère du tracé du pouls normal du malade par une ascension de la ligne trois ou quatre fois plus grande à chaque systole cardiaque, comme le montrent les figures 57 et 58, empruntées au travail d'Aug. Voisin.

Un tracé analogue a été obtenu chez un autre épileptique vingt-cinq minutes après l'accès. Dans tous les faits de ce genre la tension artérielle est diminuée d'une



Fig. 59. — Tracé normal : 64 pulsations hors des accès vertigineux.

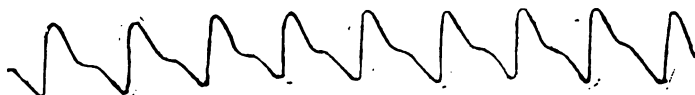


Fig. 60. — Soixante minutes après le début d'un vertige : 90 pulsations.

dans les accès simplement vertigineux, le même phénomène de tension artérielle diminuée s'est constaté également, même une heure après la cessation des accidents, comme le montrent les figures 59 et 60.

Pour donner aux tracés sphymographiques qui précèdent toute leur valeur, il faut savoir qu'au lieu de la diminution de la tension artérielle constatée chez l'épileptique, on trouve chez le simulateur une contraction

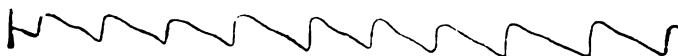


Fig. 61. — Épileptique simulateur. Tracé pris avant les attaques simulées, à jeun.

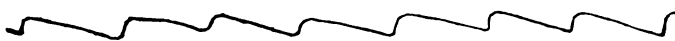


Fig. 62. — Tracé pris quatre minutes après le début d'un petit accès simulé.



Fig. 63. — Quatre minutes après le début d'une attaque forte simulée.

rielle, démontrée par les tracés des trois figures 61, 62, 63. Ces tracés ont été fournis par un individu très-habile à simuler l'épilepsie, et qui n'a jamais eu de supercherie, datant de plusieurs années, qu'après avoir été sûr qu'il avait été employé au service militaire.

contra  
suite  
cès d'  
sie vra  
défaut  
ceux  
lepis  
lée.

Da  
cas d'

sie vraie, le tracé du pouls pris quelques minutes et jusqu'à une demi-heure après l'accès diffère du tracé du pouls normal du malade par une ascension de la ligne trois ou quatre fois plus grande à chaque systole cardiaque,

le montrent les figures 57 et 58, empruntées au travail d'Aug. Voisin.

Un tracé analogue a été obtenu chez un autre épileptique vingt-cinq minutes après l'accès. Dans tous les faits de ce genre la tension artérielle est diminuée d'une

re

Ce q

eu en

partie

noter

les f

servé

Aug.

c'est

chez l'

épilep

on tr

contra

suite

cès s

d'épil

c'est-

l'aug



g. Voisin s'est assuré que, chez les vrais épileptiques, un violent accès convulsif s'accompagne non de diminution de la ten-



Fig. 64. — Tracé pris aussitôt après une course rapide.

augmentation de cette tension, comme le prouve la figure 64, obtenue chez l'épileptique dont il est question plus haut, figures 57 et 58. Ces tracés intéressants, obtenus avec toutes les précautions désirables, méritent une sérieuse attention.

Dans l'épilepsie, ai-je dit, il est souvent difficile de décider s'il existe une lésion de l'encéphale ou de la moelle épinière. Cependant il sera possible de se prononcer pour l'existence d'une tumeur, si avec les accès convulsifs coexistent des troubles chroniques intellectuels différents de l'ordinaire des épileptiques, ou des troubles des sens ou de la sensibilité. — Des cicatrices, suites de nécroses à la face, peuvent révéler la localisation de l'épilepsie, comme l'a vu Trouseau chez une malade âgée de trente ans (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. II). L'existence préalable d'une syphilis constitutionnelle pourra aussi faire soupçonner qu'une lésion crânienne est la cause des accès épileptiques, ainsi que Gambrell en a donné un exemple. Mais si les accès convulsifs sont le premier signe de la maladie, il sera difficile de diagnostiquer une épilepsie symptomatique, dans les cas où des signes de tuberculisation pulmonaire avancée peuvent faire soupçonner un tubercule cérébral. — Le diagnostic, lors du début de la maladie, fut aussi très-obscur dans le fait remarquable rapporté par Graves (*Méd.*, t. I), et relatif à un malade devenu épileptique longtemps après avoir eu une tumeur sur la tête; la lésion qui était l'origine des accès se manifesta par une tumeur au sommet du crâne, tumeur qui s'abcéda en donnant des fragments osseux. — Les troubles propres aux affections de la tête montreront qu'une lésion de cet organe est le point de départ de l'épilepsie, si les accès convulsifs sont survenus ultérieurement.

En constatant l'existence de l'épilepsie, on détermine en même temps sa forme épileptique ou convulsive. Pajet a vu les accès francs d'épilepsie être caractérisés par des accès de rire convulsif, avec spasme tétanoïdes et mouvements particuliers (*British and foreign med. chir. Rev.*, 1861). Mais sous la forme convulsive que l'on peut s'attendre à la voir se compliquer de complications mentales (manie, démence), d'hystérie, de catalepsie, d'insensibilité cérébrale, de paralysies partielles, sans compter les blessures qui sont des chutes subites, la section de la langue par les dents, etc. Les épileptiques dans le feu sont fréquentes, et souvent il en résulte des cicatrices de la face, qui sont, ainsi que les ecchymoses, des stigmates qui font deviner l'existence de la maladie lorsque, en même temps, il y a une stupidité caractéristique de la face résultant de l'obtusion intellectuelle et Raynaud ont précisé les complications de l'épilepsie en les classant en trois cent seize épileptiques observés à Bicêtre. Un tiers avait été atteint par un accident, et les deux autres tiers en avaient éprouvé de plus ou de moins : des morsures, des accidents nerveux, des hémorrhagies diverses, plus rarement des fractures, luxations, entorses : telles sont les complications, dans leur ordre de fréquence, sans compter la mort survenue pendant l'accès (*Gaz. hebdom.*, 1865). Lunier a vu deux fois la mort survenir par suite de rupture du cœur (*Gaz. des hôpit.*, 1865),

rupture que l'on doit sans doute attribuer à une dégénérescence graisseuse.

3<sup>o</sup> Le pronostic de l'épilepsie est très-grave; mais la maladie n'est pas toujours nécessairement mortelle lorsqu'elle n'est pas symptomatique d'une lésion irréversible des centres nerveux. On a dit la forme vertigineuse plus grave que la forme convulsive, mais sans le démontrer. C'est par la fréquence des accès, surtout lorsqu'ils constituent des attaques pendant lesquelles les accès qui se succèdent coup sur coup entretiennent la perte de connaissance et les congestions cérébrale et pulmonaire, que la mort est à craindre. Elle a lieu alors par *asphyxie*. Dans les chutes subites, à l'invasion des accès, le malade peut se tuer sur le coup, ou par suite soit d'une chute dans l'eau.

On doit à Herpin (*Du Pronostic et du Traitement curatif de l'épilepsie*) d'avoir démontré que la guérison de l'épilepsie peut être obtenue beaucoup moins rarement qu'on ne le pensait, et d'avoir fait connaître le critère au moyen duquel on peut mesurer d'avance, avec une suffisante exactitude, les chances de guérison. Chez les malades qui n'ont que des vertiges, s'ils ne durent pas plus de dix années, la guérison paraît être presque constamment assurée. Le pronostic est tout à fait favorable au-dessous du nombre de cent accès convulsifs, peu favorable de cent à cinq cents, et défavorable au-dessus de cinq cents. J'ai pu vérifier la justesse de cette règle générale appliquée à une jeune fille, à laquelle j'ai donné des soins il y a quelques années; elle avait eu plus de cent accès qui étaient parfaitement caractérisés et survenus à l'occasion d'une frayeur très-vive. La guérison, due à l'oxyde de zinc pris pendant six mois, s'est parfaitement maintenue. Georget a fait remarquer que la survenue des accès avait lieu pendant tout le cours d'une maladie accidentelle, mais qu'ils disparaissaient ensuite. On a aussi vu les accès se suspendre momentanément à la suite d'une énorme hémorrhagie. Ce n'est que par exceptions très-rares qu'on a constaté des guérisons spontanées. J'en ai observé une très-récente chez une femme atteinte de démence par suite d'une épilepsie déjà ancienne; les accès se suspendirent, peu à peu l'intelligence se rétablit, le rétablissement dura depuis plusieurs années lorsque je cessai de la voir. Diday a observé une épilepsie qu'il a attribuée à la syphilis chez un homme ancien vérolé, et qui a guéri par l'iodure de potassium (*Gaz. méd. de Lyon*).

**ÉPIPLOONS.** — Occupant simultanément les différentes parties de l'abdomen, à moins que la masse intestinale ne soit refoulée par un épanchement ou une tumeur considérable, les replis du péritoine qui portent les épiploons sont le siège d'un seul genre de lésions qui puissent être constatées à l'exploration de l'abdomen : ce sont les TUMEURS qui s'y développent. Ces tumeurs, de nature diverse, siègent dans les ganglions ou hors des ganglions, ne peuvent être senties à la palpation qu'autant qu'elles n'occupent pas les profondeurs de l'abdomen.

**ÉPISTAXIS.** — Cette hémorrhagie des fosses nasales, dite aussi *rhagie*, est extrêmement fréquente. Plus loin, à propos des HÉMORRHAGIES, j'indiquerai bien des particularités de son diagnostic, sur lesquelles je ne reviens ici que d'une manière incidente.

1<sup>o</sup> *Caractères.* — Ce n'est que par exception que l'épistaxis, considérée comme hémorrhagie générale, est précédée des signes précurseurs d'un *molimen* hémorrhagique. Si les anciens ont tant insisté sur ces prodromes, c'est qu'ils ont fréquemment envisagé comme tels des symptômes propres à la maladie dont l'épistaxis est elle-même qu'un signe. Cette hémorrhagie se manifeste par l'écoulement du sang hors des cavités nasales, si l'individu est levé. — Le sang qui s'écoule par les narines, cas le plus ordinaire, est d'une abondance très-variable et

able. Rarement on peut voir, en examinant l'intérieur des cavités comme l'a indiqué Gendrin, s'écouler le sang du point qui le fourne, pendant le décubitus, le sang s'écoule du côté du pharynx, on malade opérer fréquemment des mouvements de déglutition, et, si l'arrière-bouche, on constate alors que le liquide sanguin s'écoule la paroi postérieure du pharynx, d'où il est dégluti vers l'estomac. Séquelles de l'épistaxis, lorsqu'elle est très abondante, on voit la pâleur, la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, ce sont les signes communs aux grandes pertes de sang. Le sang estomac provoque au bout d'un certain temps des nausées et même l'apparition de caillots simulant une *hématémèse* ; de même que, les jours suivants, le sang passe dans les intestins et sort par l'anus, combiné aux matières fécales, on peut croire à une *hémorrhagie intestinale*. Enfin le sang décoloré avec une certaine quantité d'air dans le pharynx, et devenu ainsi mousseux, peut, selon Borsieri, être craché et simuler une *hémoptysie*. On a pratiqué le tamponnement des fosses nasales nécessaire par l'arrêt d'une hémorrhagie, le sang reflue quelquefois par les points lacrymaux, mais on évite ainsi une hémorrhagie de la conjonctive.

**Causés pathologiques et signification.** — L'épistaxis étant reconnue, il faut rechercher la condition pathologique. Rarement il y a une lésion ulcéreuse du type qui peuvent l'expliquer. Il en est de même des sangsues qui provoquent des épistaxis après avoir pénétré dans les cavités nasales des mares, on en a vu en Algérie par exemple, boivent et reniflent de l'eau dans les mares où ces annélides se trouvent en abondance (Baizeau, *Arch. de Méd.*, t. II). Dans presque tous les cas d'épistaxis, il n'existe aucune lésion locale, l'épistaxis est le plus souvent symptomatique d'affections locales ou de maladies générales diverses que j'ai rappelées ailleurs (HÉMORRHAGIES).

Une affection thoracique produisant un obstacle mécanique au cours du sang, et principalement au niveau de la veine cave supérieure (tumeurs, orifices du cœur, provoque facilement l'épistaxis, qui n'est alors qu'un phénomène très-secondaire. Cette hémorrhagie a été signalée comme survenant dans les maladies du foie. Elle n'est pas rare non plus dans le cours de la grossesse.

Les hémorrhagies multiples qui accompagnent certaines maladies aiguës ou chroniques, au nombre desquelles je rappellerai surtout les cachexies, le purpura hémorrhagique, le scorbut, l'hémophilie, et les manifestations hémorrhagiques, la plus fréquente. Son importance est surtout manifeste dans l'affection typhoïde vers son déclin, par conséquent, le diagnostic peut présenter le plus d'obscurité. Lorsque l'épistaxis est primitive lorsque, en dehors de toute affection qui puisse la produire, on la voit survenir chez des sujets qui ont une constitution forte, ou qui se sont exposés à une température élevée, à un régime excitant, ou qui ont fait abus de boissons alcooliques.

La gravité de l'épistaxis est due par son extrême abondance, à laquelle on peut remédier par le tamponnement des fosses nasales (Voy. HÉMORRHAGIES).

**FIÈVRES.** — Voy. PARASITES.

**ÉTAT.** — Voy. TÊNESME.

**ÉTAT.** — Voy. PRIAPISME.

**ÉTAT.** — Voy. INTOXICATIONS.

**FIÈVRES (Fièvres).** — Les fièvres éruptives forment un groupe de

maladies générales distinctes par les phénomènes fébriles qui se montrent leur invasion, par une éruption exanthématique essentiellement transitoire, aiguë, par une marche habituellement régulière dans ses phases ou périodes (incubation, prodromes, éruption, desquamation), et enfin par leur nature démique et contagieuse.

La *variole*, la *scarlatine*, la *rougeole*, la *miliaire*, l'*érysipèle* de quoique non contagieux, et certaines *urticaires*, composent ces grandes maladies, dont il faut éloigner les éruptions cutanées habituellement transitoires. Celles-ci peuvent quelquefois être aiguës, et alors précédées d'un peu durable, comme l'herpès plus ou moins généralisé, l'acné, l'eczéma, le purpura.

Le signe pathognomonique des fièvres éruptives est l'éruption elle-même, que ses caractères ne peuvent être mis en doute. Malheureusement cette éruption est plus ou moins tardive suivant la maladie. Jusqu'à ce qu'elle se soit manifestée, on ne peut que soupçonner la nature de la maladie à la fièvre et à la nature des prodromes du début : coryza, toux et larmolement pour la rougeole; angine pour la scarlatine; douleurs lombaires et papules pharyngiennes pour la variole; engorgement des glandes sous-maxillaires (suivant Chomel) pour l'érysipèle de la face. Lasèque (*Voy. ANGINES*) a insisté sur la grande importance qu'il faut attribuer aux angines des fièvres éruptives comme manifestation de l'éruption; mais ces prodromes empruntent à l'éruption une grande partie de leur signification. Nous verrons à l'article *THÈRE* le parti qu'on peut tirer de la constatation de la chaleur fébrile avant l'éruption, pour diagnostiquer une fièvre éruptive.

Cette éruption, lorsqu'elle est encore incomplète, ou qu'elle se développe irrégulièrement et n'a plus dès lors l'aspect spécial qui lui est propre, présente même un sujet de difficultés et d'incertitude. Telles sont : l'éruption de la rougeole à la période papuleuse; celles de la rougeole et de la scarlatine, qui peuvent être prises l'une pour l'autre; et même l'érysipèle de la face, qui est quelquefois simulé par certaines maladies infectieuses. Barthez et Rilliet signalaient la rougeur résultant de l'injection de la peau dans la pneumonie des enfants comme pouvant simuler une fièvre éruptive. — La desquamation qui termine les éruptions a aussi sa valeur, soit par son siège, soit par ses caractères à chaque fièvre éruptive.

La *forme* de la maladie est un élément important de diagnostic dont il faut tenir compte. On doit, en effet, en présence d'une fièvre éruptive bien caractérisée, décider si elle est :

- 1° *Régulière*, ou *irrégulière* (anormale);
- 2° *Bénigne*, ou *grave* (maligne);
- 3° *Simple*, ou *compliquée*.

En se posant ces questions, on ne peut négliger de constater : si la maladie est à la fois régulière, bénigne, simple, ou bien qu'il existe des anomalies; la durée de l'incubation, dans le mode d'invasion, dans les caractères de la durée de l'éruption ou de la desquamation; si les symptômes en particulier dans leur ensemble ont un caractère de gravité inquiétant, qui a fait connaître par les anciens une forme maligne dont la nature n'est pas mieux connue aujourd'hui qu'autrefois; si, enfin, il existe des complications. Ces complications apparaissent et se développent à toutes les périodes : au moment de l'incubation comme le délire et les convulsions chez les enfants; au moment de l'éruption comme les hémorrhagies. D'autres peuvent n'être reconnues que dans la période de la maladie éruptive (pneumonie, broncho-pneumonie), ou pendant

desquamation et plus tard même, comme la maladie de Brighi qui a scarlatine, et dont la cause est si importante à déterminer pour le On y parvient en recherchant des traces de la desquamation et en avec soin les antécédents.

stic dépend de la nature même de la maladie, de sa forme particulière degré et des complications (Voy. ÉRYSIPELE de la face, ROUGEOLE, URTICAIRE, VARIOLEUSES [Affections], et THERMOMÉTRIE).

**FILLES.** — Les inflammations de la peau auxquelles on a donné ce que sont décrites dans tous les traités de pathologie chirurgicale ; beaucoup de circonstances l'érysipèle, simple, phlegmoneux ou , est constaté comme complication des maladies internes.

nouveau-nés, l'érysipèle du tronc accompagne le plus souvent l'indureté de l'ombilic ou la phlébite ombilicale (Trousseau, Thore); mais il pas considérer, avec certains observateurs, la coloration de la peau agne le sclérème comme un signe d'érysipèle du premier âge. La fuse et généralisée du sclérème se distingue facilement de la roussure de l'érysipèle (Hervieux, *Soc. des hôpit.*, 1855). — Chez es érysipèles se développent dans différentes parties du corps au grand nombre de maladies, tantôt au voisinage d'une lésion qui en déterminante, plaie quelconque, eschare, phlegmatia alba dolens, maladies du cœur, etc., et tantôt au niveau d'une partie saine en

Dans ces différentes circonstances, l'érysipèle est dû à une cause ou à une cause générale, comme celle qui résulte d'une maladie typhoïde ou autre) et dans laquelle l'érysipèle survient comme complication plus souvent il est dû à ces deux ordres de causes simultanément. *de la face* chez l'adulte doit-il être rapproché des érysipèles nt d'être question? Cela ne fait aucun doute pour ceux qui pensent seau (*Journ. de méd.*, 1844) qu'une lésion locale très-minime, ulcéreuse des paupières ou des narines, inflammation chronique des ailes, écorchure aux oreilles, ou toute autre lésion insignifiante en suffisent pour produire la maladie. Mais tous les pathologistes ne s ainsi. A mon avis, l'érysipèle de la face doit être rangé, dans le nombre des cas, parmi les fièvres éruptives, dont le rapprochement son habituellement régulière, ses phénomènes généraux et locaux, et l'angine érysipélateuse, analogue aux angines morbillieuse, scarlatineuse, et constituant comme elles une manifestation importante de e. De plus, la terminaison par desquamation, et sa cause souvent , viennent à l'appui de cette manière de voir sur l'érysipèle de la agnostic de la maladie envisagée ainsi doit être examiné à part.

#### **ÉRYSIPELE DE LA FACE.**

*signes du diagnostic.* — Après vingt-quatre heures ou plus de symptômes fébriles, ou, comme premier symptôme dans certains cas, on trouve un *rougeur plus ou moins foncée* dans un point de la face (le plus souvent au niveau du nez ou dans son voisinage), rougeur avec douleur, avec sentiment de *chaleur*, et *tuméfaction* manifeste formant sur une sorte de bourrelet. Ce bourrelet est visible et senti surtout par le qui perçoit aussi la résistance et l'inégalité un peu granulée des parties Le gonflement inflammatoire peut atteindre le tissu cellulaire sous-jacent qui augmente encore la tuméfaction, rend les *mouvements* *difficiles* *obstrue* les ouvertures voisines, les yeux, les narines, le conduit *où* les ganglions sous-maxillaires sont sensibles et engorgés, même



avant l'éruption, suivant Chomel (ce qui dépend de l'*angine érysipélateuse*). Une *desquamation* au niveau des parties affectées succède à la *résolution*, se fait dans le même ordre que l'envahissement des parties de proche en proche à la face, puis au cuir chevelu, où l'érysipèle se manifeste par une *intumescence comme œdémateuse*, légèrement rosée et très-douloureuse à la pression. Dans un assez grand nombre de cas, l'érysipèle n'a pas des caractères locaux et simples, comme je le rappellerai plus loin. Il peut de plus gagner la gorge, les conduits muqueux qui la font communiquer avec la face (conduits nasaux, nasaux, auditifs), et *vice versa* apparaître d'abord dans la gorge et passer ensuite la face. C'est là l'*angine érysipélateuse*.

Aux signes locaux, qui sont quelquefois les seuls observés, sauf un peu de malaise (comme pour certaines rougeoles ou scarlatines très-bénignes chez les enfants), il se joint des *symptômes généraux* plus ou moins intenses chez les individus : pouls accéléré, chaleur générale, céphalalgie, anxiété, agitation nocturne, parfois somnolence, anorexie, langue blanche, bouche pâteuse, nausées et même vomissements, constipation.

L'évolution complète de la maladie dure ordinairement deux septénaires.

2° *Inductions diagnostiques*. — L'apparition de l'érysipèle de la face peut-il être prévu avant que les symptômes locaux caractéristiques se soient montrés extérieurement? Chomel a pu annoncer l'éruption en constatant l'engorgement douloureux et accidentel des ganglions sous-maxillaires. Il s'agissait sans doute dans cette circonstance, d'érysipèle débutant par le pharynx et s'étendant ensuite vers la face. La réalité de l'érysipèle pharyngien ne saurait être aujourd'hui contestée, comme je le montrerai tout à l'heure. Mais voyons auparavant ce qui se passe à la face.

L'éruption une fois apparue, on ne saurait se méprendre sur la nature de la maladie, même lorsque cette éruption n'occupe qu'une petite partie de la face, mais à la condition de tenir compte de quelques particularités qui pourraient donner le change. L'épiderme, par exemple, est assez souvent soulevé, au moment de l'éruption, en *vésicules* irrégulières ou arrondies, tantôt très-fines (érysipèle dit alors *vésiculeux, eczémateux*), tantôt atteignant les dimensions de véritables bulles (érysipèle *phlycténoïde, bulleux, pemphigoi*de); tantôt enfin sont des pustules ou une sorte de miliaire par le fait de la purulence du liquide que les soulèvements épidermiques renferment. Ce liquide, habituellement de couleur ambrée, forme ensuite en se desséchant des *croûtes* jaunâtres ou brunes. L'invasion récente et aiguë de l'éruption suffira pour que ces caractères variés ne soient pas rapportés à une maladie cutanée autre que l'érysipèle. Cependant la forme pustuleuse d'un érysipèle de la face devra faire penser à l'existence possible de la *MORVE*, et rechercher s'il ne s'agit pas de cette insidieuse affection.

Ces phénomènes cutanés, qui peuvent envahir successivement toute la face et le cuir chevelu, ou rester bornés à une seule partie plus ou moins limitée, ne sont pas toujours les seules manifestations de l'exanthème. Le pharynx peut aussi être atteint par l'érysipèle, même avant qu'il se soit montré à la face. On a vu dès le XVII<sup>e</sup> siècle des épidémies d'érysipèle dans lesquelles une pharyngite érysipélateuse accompagnait l'éruption cutanée; et cette concomitance a été remise en lumière dans les dernières années. Cornil, dans un très-bon travail (*Arch. gén. de méd.*, 1862, t. XIX), a réuni des faits nombreux, non-seulement pour montrer la légitimité de la pharyngite érysipélateuse, mais encore ses caractères particuliers ou spéciaux, déniés par Aubrée (Thèse, 1857). Ces caractères ne peuvent cependant pas toujours, suivant Cornil, suffi-

1. Mais il ne regarde pas moins cette pharyngite comme une espèce par sa cause et sa propagation de l'extérieur à l'intérieur, ou de la face, soit par les fosses nasales et les voies lacrymales, soit par les trompes et le conduit auditif; 2° par ses caractères locaux, qui sont : rougeur, foncée, uniforme, luisante, de la muqueuse pharyngienne; 3° de brûlure et de sécheresse à la gorge, l'engorgement douloureux des glandes cervicales et sous-maxillaires; quelquefois la production de tumeurs pharyngiennes éphémères et que remplacent bientôt des membranes; enfin la possibilité de la terminaison de cette pharyngite par la formation comme l'érysipèle cutané. Jules Simon a communiqué en 1864 à l'Académie des hôpitaux de Paris un fait très-remarquable d'érysipèle à marche rapide qui s'était étendu aux cavités buccale, pharyngée et laryngée où l'on trouva, après la mort, des lésions confirmatives de l'érysipèle à ces parties, et notamment une coloration écarlate, pourvue d'un envahissement de l'épiglotte, du larynx et des bronches, coloration s'accompagnant d'un peu d'épaississement dans certains points et ne disparaissant pas par la macération dans l'eau (*Bullet. et Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1864).

Les caractères de l'érysipèle de la face sont établies par des faits très-proprement à en conclure que l'érysipèle peut rester borné au pharynx sans angine érysipélateuse sans manifestation de l'érysipèle à la face est possible; cependant elle ne saurait être scientifiquement établie en l'absence de signes particuliers suffisamment probants.

La marche de l'érysipèle de la face est graduellement envahissante, quel que soit le point de départ de l'éruption; son extension aux paupières qu'elle maintient closes, et sa propagation au cuir chevelu la rendent très-dangereuse à porter par le malade. Cette extension graduelle, de sept à huit jours, est une donnée diagnostique à ne pas négliger. Il en est de même des particularités étiologiques, comme l'existence d'une épidémie d'érysipèle, la prédisposition de certains individus à contracter la maladie. On a vu aussi la contagion de l'érysipèle épidémique qui, suivant Cusack cité par *l'In méd.*, trad. Jaccoud, t. II), est bientôt suivi de fièvres puerpérales de mauvais caractère. On a prétendu que l'érysipèle avait pour point de départ une lésion locale pour point de départ. Mais on devra considérer comme exceptionnels les cas dans lesquels une lésion locale de la face, comme un impetigo, a paru être la cause occasionnelle de l'érysipèle.

Il me semble démontrer l'impossibilité de confondre l'érysipèle avec la rougeole ou avec la scarlatine, quoique l'on ait vu chez le même individu un érysipèle de la face avec la rougeole. On ne peut plus, au début de l'érysipèle, le confondre avec un érythème de la face, car l'état général joint aux progrès sensibles de l'éruption ne permettrait pas d'admettre une éruption érythémateuse. Les formes de la maladie seront naturellement établies en même temps que la forme sera reconnue. Quant aux complications, qui sont très-rares en fait, il faut rappeler la gangrène partielle de la peau, ou du pharynx dans les cas rares où il y a angine grave; les ulcérations du duodénum, s'accompagnant de vomissements bilieux persistants, qui ont été signalés par Larrey (*l'In méd.*, décembre 1864); et enfin les accidents cérébraux que l'on a vu dans des preuves suffisantes, à la propagation de l'inflammation du cuir chevelu et des membranes cérébrales par les conduits vasculaires qui traversent les os des parois du crâne. Quelle que soit l'explication admise, on

voit en Angleterre, comme faits ordinaires et non exceptionnels; les phéas généraux les plus graves, et principalement les accidents cérébraux, accompagnent l'érysipèle de la face et occasionnent souvent la mort.

3<sup>e</sup> *Pronostic.* — Ce que je viens de dire démontre que la grave maladie varie suivant les pays. Les habitudes invétérées d'intempérance que dans les classes inférieures d'outre-Manche expliqueraient-elles le pronostic fâcheux de l'érysipèle de la face chez nos voisins? Quoi qu'il en soit, les faits d'érysipèle de la face suivi de mort sont rares parmi nous, à moins que la maladie ne survienne comme affection secondaire et complication d'une préexistante. Chaque jour, en effet, on peut vérifier la justesse de la loi formulée par Louis, que l'érysipèle de la face se termine favorablement se déclare chez un individu auparavant bien portant, sauf au-delà de soixante ans.

L'érysipèle de la face, quoique survenant comme maladie secondaire, exerce quelquefois une influence favorable sur l'affection primitive, cela a lieu pour certaines *scrofulides*.

**ÉRYTHÈMES.** — On peut dire que l'érythème est l'affection éruptive la plus mal connue et la moins bien étudiée, non dans sa forme bénigne et la plus simple, mais dans les nombreuses variétés d'éruption qu'on a comprises sous le même terme.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Dans sa forme simple et bénigne, l'érythème est caractérisé par des taches d'un rouge assez vif, à limites vagues, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, et qui parfois le siège d'un léger sentiment de cuisson, surtout quand la partie où le siège est exposée à une vive chaleur. Il n'existe alors ni saillie ni turgescence de ces taches; mais il n'en est pas de même dans les variétés dites papuleuses et érythème noueux.

Dans la forme *papuleuse*, il existe de petites plaques arrondies, légèrement saillantes, semblables à des papules, d'abord rouges, puis violacées d'un ou de deux jours, avant de disparaître tout à fait. — L'érythème qui s'observe à la partie antérieure des jambes, et quelquefois aux supérieurs chez les femmes et chez les jeunes sujets, surtout ceux à constitution molle, est un érythème très-différent des précédents. Il est constitué par des espèces de nodosités superficielles, légèrement saillantes à la vue, plus au toucher, qui est plus ou moins douloureux, et au niveau desquelles on voit une coloration diffuse, rosée ou d'un rouge sombre, qui devient légèrement bleuâtre, puis jaunâtre comme un ecchymose, tandis que l'induration persiste. Le tout disparaît en dix ou quinze jours. — Il existe enfin sous le nom d'*intertrigo* un érythème qui se développe au niveau des plis cutanés, spécialement chez les personnes grasses et chez les enfants, au-dessous des aisselles, aux aines, à la partie interne et supérieure des cuisses. À ces points affectés, il survient quelquefois un suintement séreux dû à de légères exulcérations, et qu'il ne faut pas confondre avec l'eczéma.

Rarement l'érythème est précédé de symptômes généraux, sauf l'érythème noueux et les autres formes d'érythème lorsqu'elles sont symptomatiques; le plus souvent alors la fièvre est éphémère.

La marche de l'éruption est variable, tantôt rapide et d'une durée de quelques heures, comme le *strophulus* des enfants au moment de la dentition, tantôt se prolongeant pendant un ou deux septénaires, comme l'érythème éruptif, tantôt enfin persistant plus longtemps, comme l'*intertrigo* et certains érythèmes symptomatiques que je rappellerai plus loin.

**ions diagnostiques.** — L'érythème, que l'on désigne assez souvent de *rouxole*, est facile à diagnostiquer à ces différents caractères; peut être confondu dans certains cas avec l'éruption de la rougeole latine, non pas lorsque ces deux affections ont une marche régulière, mais lorsque l'ensemble des symptômes est caractéristique, mais lorsqu'elles sont irrégulières, et que l'éruption est fugace, comme on le voit dans *idémies*. L'existence même de ces épidémies est un fait dont on ne saurait grandement tenir compte dans les cas difficiles de cette espèce. **du diagnostic**, lorsque l'érythème est bien constaté en même **forme**, est d'établir sa *cause*.

Cette cause est accidentelle, comme l'*insolation*, l'action du *froid*, de *liquides irritants* (flux blanches, flux blennorrhagique ou urines, matières fécales, fluide âcre du coryza). Certains médicaments, comme le copahu, le cubèbe, l'iode, ou externes, comme le liniment en bain chez les enfants (Diday), doivent aussi être signalés (*HÈMES*). Mais à propos des causes accidentelles, je dois attirer l'attention sur l'origine des érythèmes peu étendus, et de forme ordinairement réservés principalement à la face et aux mains, érythèmes qui, pour leur premier effet de parasites végétaux microscopiques (*Voy. TEIGNES*). de cause accidentelle, on recherchera si l'érythème n'est pas une complication d'une maladie préexistante. Il peut apparaître, en cours des maladies aiguës fébriles les plus variées, où son apparition est hémère et n'est souvent liée à aucun autre symptôme nouveau. que l'éruption non scarlatineuse, signalée par Germain Sée comme suite de la trachéotomie, dans les cas de croup, rentre dans les érythèmes symptomatiques dont il est question.

Érythèmes aigus dont la cause est la plus difficile à déterminer se rapprochent de la dernière ligne l'érythème *nouveaux*, attribué au rhumatisme par certains auteurs (Schoenlein, Begbie, Legroux, Trousseau), qui se fondent sur leur observation chez quelques sujets. Mais cette coïncidence est bien loin d'être constante, et je l'ai vue manquer notamment dans un fait d'érythème nouveau tout le corps, même à la face, et dont la cause n'a pu être déterminée, sans qu'il y eut traces de rhumatisme, j'ai observé à l'hôpital une jeune fille atteinte en même temps de varioloïde et d'érythème nouveau des deux membres inférieurs, sans que la marche des deux affections parût s'influencer réciproquement.

Érythèmes, non plus éphémères, mais au contraire très-persistants, sont des affections chroniques fréquemment observées. Je veux parler de la *scrofule*, qui se manifestent par des *SYPHILIDES* et des *SCROFULÉMATÉUSES*, dont les caractères spéciaux, la marche extrêmement lente, les symptômes concomitants, ne permettent pas de méconnaître. L'érythème tuberculeux de Willan me paraît devoir être rangé avec les scrofules.

**Étiologie.** — Quoique annonçant quelquefois un état grave de l'économie, les érythèmes d'espèces d'érythème n'ont jamais rien de fâcheux par elles-mêmes.

**RE.** — *Voy. GANGRÈNE.*

**SYMPTÔME.** — *Voy. DYSPNÉE.*

**AC.** — Si l'estomac, qui occupe chez l'homme sain la plus grande partie du pectoral gauche et de l'épigastre, varie suivant son état de réplétion et de viduité physiologiques, ces variations sont bien autrement considérables chez le malade. On a vu dans ce dernier cas l'estomac se développer au

point d'atteindre inférieurement à droite l'épine iliaque antérieure et supérieure et par conséquent on peut rencontrer tous les degrés intermédiaires de l'expansion pathologique. Les diverses parties de l'organe peuvent éprouver, pendant son volume, des déplacements d'autant plus étendus qu'il se rapproche davantage de l'extrémité pylorique. Ces déplacements consistent généralement en une sorte de mouvement de rotation de l'estomac sur lui-même ayant pour centre l'insertion du viscère à l'œsophage et se dirigeant de droite à gauche et de haut en bas; il en résulte que le pylore, au lieu d'occuper une position intermédiaire entre l'ombilic et les fausses côtes droites, peut se trouver, plus ou moins bas, suivant le degré d'ampliation de l'estomac, et occuper la partie moyenne et même la partie gauche du ventre, ainsi que j'en ai rencontré un exemple. Les déplacements du pylore ne sont cependant pas toujours en raison directe du degré de dilatation de l'estomac, car Duplay a fait observer que, loin de s'abaisser, l'extrémité pylorique pouvait se rapprocher du cardia. Ces notions d'anatomie pathologique doivent être présentes à l'esprit du clinicien, car il trouve à en faire l'application assez fréquemment. Des faits beaucoup plus rares sont ceux de refoulement de l'estomac vers l'hypogastre par suite de violentes convulsions hystériques. Une dépression épigastrique, une tuméfaction variable vers l'hypogastre, et la sensation du passage des liquides ingérés du haut au bas ventre, seraient les signes de ce déplacement (Briquet, *Traité de l'hystérie*, p. 386).

1° Les *maladies* propres à l'estomac, ou qui ont dans cet organe leur manifestation principale, sont d'ailleurs nombreuses. Elles comprennent : l'hémorrhagie (hématémèse), la gastrite (qui est presque toujours secondaire), la gastralgie, certaines dyspepsies, des ulcérations simples, le cancer, le vomissement nerveux. Comme organe creux, l'estomac peut encore être affecté de dilatation, de rétrécissements de ses orifices, de perforation et de rupture. Les maladies de cet organe sont souvent aussi le point de départ d'accidents sympathiques cérébraux : de vertiges, de migraines, de syncope.

2° *Signes*. — Ces différentes affections donnent lieu à des signes extrêmement nombreux, que je ne ferai qu'énumérer rapidement. — Les symptômes variés dont l'estomac est le siège sont spontanées ou provoquées, et la localisation dans l'estomac n'est pas toujours facilement démontrée. Les symptômes qui surviennent immédiatement après l'ingestion des aliments ou des boissons sont les seules que l'on puisse considérer d'une manière certaine comme se produisant au niveau du ventricule. — Les *symptômes fonctionnels* consistent principalement dans les troubles de la digestion stomacale, la diminution, l'augmentation ou la perversion de l'appétit, l'exagération du besoin de boire, les nausées, les vomissements, etc. — Les *matières vomies* fournissent encore des données très-utiles au diagnostic (*Voy. Vomissements*). — C'est surtout l'exploration de la région occupée par l'estomac qui fournit les données précieuses.

3° *Exploration*. — Au moyen de l'inspection, surtout si les parois abdominales sont flasques, on peut quelquefois reconnaître exactement la situation et l'extension de l'organe occupé par l'estomac, qui forme une saillie représentant exactement sa forme ordinairement agrandie; d'autres fois, sans se dessiner aussi exactement, ses contours, il peut distendre la région épigastrique d'une manière sensible à la vue. — Par la palpation, on peut, dans ce dernier cas, constater la tumeur élastique du ventricule distendu par des gaz, produire un bruit caractéristique si l'estomac distendu contient des gaz et du liquide (bruit de



écier l'existence des tumeurs dont l'estomac est le siège, constater et, jusqu'à un certain point, leur forme et leurs inégalités. conseillé de faciliter la palpation des parties profondes en faisant une inspiration au patient. Chomel a fait remarquer de son côté que les tumeurs de l'estomac se sentaient seulement quand l'organe était plein des aliments, ou quand le malade était dans la station assise. — Parfois, on perçoit des bruits et des sensations différentes de résistance à la présence des gaz, des liquides ou des solides accidentels, et des tumeurs ou les rénitences que peut présenter l'organe. Là encore à la distension de l'estomac avec les signes généraux d'une anémie on a pu faire diagnostiquer une gastrorrhagie.

Les signes étaient particuliers aux affections proprement dites de l'estomac, et on ne serait facile comme la localisation de ces maladies. Il s'ensuit évidemment qu'il en soit ainsi : rien n'est plus commun que les troubles gastriques dans l'ensemble de la pathologie. Si l'on excepte les troubles digestifs qui surviennent régulièrement après les repas, le signe le plus manifeste de l'estomac, qui est la conséquence d'une maladie de cet organe (cancer du pylore), on peut dire qu'il n'y a pas d'autres signes qui, considéré en lui-même, ne puisse être symptomatique, et qui, par conséquent, ne puisse avoir une valeur contestable en l'absence d'affection gastrique. Quoi de plus difficile à préciser, dans les circonstances, que le siège de certaines douleurs épigastriques, des troubles fonctionnels de l'estomac, que la cause des vomissements de l'estomac elles-mêmes peuvent être attribuées à d'autres causes parce qu'elles ont un siège insolite, soit parce que les troubles de l'estomac font défaut.

En l'absence de ces signes, les affections de cet organe, plus que pour tout autre, si ce n'est pour le cœur, il faut se garder de baser son diagnostic sur un seul signe. On doit tenir compte de l'ensemble des signes observés, et, s'il en est un qui se présente seulement pour point de départ, afin d'en rapprocher tous les autres et de faire une opinion (*Voy. ÉPIGASTRE*).

**ÉTAT ACTUEL.** — *Voy. EXAMEN DES MALADES.*

**ÉTAT NERVEUX.** — *Voy. NERVEUX (État).*

**ÉTAT GÉNÉRAL.** — Je rappelle ce phénomène parce qu'il peut révéler une lésion dans un organe, en y produisant une douleur plus ou moins intense (souvent dans les organes abdominaux). L'éternement est quelquefois un état pathologique; il constitue alors une névrose spasmodique. On voit de ce genre persister pendant quatre-vingts heures consécutives (*Giessen, Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, t. V, p. 557, et *Union méd.*, 1860, t. V).

**ÉTAT D'ÉTÉ.** — *Voy. STUPEUR.*

**ÉTAT D'ÉTÉ.** — *Voy. DYSPNÉE.*

**ÉTAT D'ÉTÉ.** — L'étourdissement, avec lequel les objets tournent autour de nous, est à la fois, comme l'éblouissement, une congestion cérébrale (par suite de pléthore) et un signe d'anémie du groupe de prodromes qui s'observent au début de l'affection, et peut aussi précéder la syncope. C'est comme conséquence d'une congestion cérébrale qu'on l'observe dans certaines asphyxies, dans les maladies du cœur et des gros vaisseaux avec obstacle au cours du sang, dans la paralysie générale des aliénés. Les étourdissements sont toujours unis aux éblouissements, comme dans la névralgie générale.

**ÉTRANGLEMENT INTESTINAL.** — Voy. OCCLUSIONS INTESTINALES.

**ÉVACUATIONS.** — Voy. FÉCALES (Déjections).

**ÉVANOUISSEMENT.** — Voy. SYNCOPÉ.

**ÉVENTRATION.** — Le relâchement extrême des parois abdominale écartement des muscles droits au niveau de la ligne blanche s'observe assez fréquemment chez les femmes qui ont eu des grossesses multipliées. Il en résulte une gêne habituelle dans le ventre, une sensation de *tiraillement* pénible au niveau des organes qui y sont contenus et que l'on pourrait attribuer à une autre cause. Le soulagement immédiat que procure l'usage d'une ceinture abdominale démontre que l'éventration est alors la véritable cause des maux éprouvés par la femme.

**EXAMEN DES MALADES.** — De l'examen des malades découle un bon diagnostic et par suite toute bonne thérapeutique. Cet examen est de première condition première de la pratique. Il motive de la part du médecin une réflexion et une étude analytique des phénomènes morbides que présente la maladie, une opération intellectuelle synthétique qui lui fait grouper les phénomènes observés de manière à déterminer la signification de leur ensemble, et par là la maladie ou l'état pathologique cherché.

Cette double recherche est plus ou moins complexe. Ici comme en toutes choses, l'intellect en exercice ne saurait être astreint à une règle absolue ; cependant il risque de faire fausse route pour la solution des problèmes diagnostiques qui s'offrent sans cesse à lui dans la pratique, s'il ne suit pas une méthode connue d'avance. C'est principalement dans les premiers temps des études cliniques que cette méthode est indispensable.

Les données du diagnostic s'obtiennent par l'*interrogatoire* et par l'*inspection*, qui se complètent l'un par l'autre.

En supposant que l'on ait à faire un examen complet du malade, comment doit-on y procéder ? Telle est la première question que j'ai à examiner ; il me paraît plus facile ensuite d'exposer quel est l'ordre d'idées à suivre pour arriver facilement aux conclusions diagnostiques et pronostiques qu'on en doit déduire.

#### A. Méthode d'investigation.

Elle a pour but la recherche ou la constatation : 1° des données que nous appelons *préliminaires* ; 2° des *commémoratifs* ou anamnétiques ; 3° des données *actuelles* du malade.

1° **QUESTIONS PRÉLIMINAIRES.** — Je range dans les préliminaires la connaissance de l'*âge*, de la *profession*, du *sexe*, qui sont autant de particularités qui peuvent influencer sur les manifestations pathologiques. L'âge, comme on le sait, modifie la nature, la physionomie, la marche des maladies ; les professions exposent à des affections particulières ; il en est de même du sexe. Ces particularités ont été développées dans des articles particuliers (Voy. AGES, PROFESSIONS) ; je n'ai donc qu'à les signaler.

2° **COMMÉMORATIFS.** — Ils doivent être recherchés antérieurement au début de l'affection actuelle, puis à partir de ce début jusqu'au moment où le malade se soumet à l'observation. Mais la première chose essentielle à déterminer est de bien établir l'époque de ce début.

a. — *Fixation du début.* — Dans les maladies aiguës, il est ordinairement assez facile à fixer : non cependant que l'on puisse s'en rapporter sur ce point à la première réponse des malades ; car elle est ordinairement inexacte, et souvent part d'entre eux comptant pour rien les symptômes légers qui précèdent les symptômes graves, et ne fixant le début de leur maladie qu'au moment des vives souffrances ou de la cessation de leurs occupations.

être certain d'avoir la vérité sur ce point, il faut, après avoir demandé depuis quand il est malade, savoir de lui s'il éprouvait auparavant de leur, quelque malaise dans un point quelconque du corps, en le questionnant sur chacune de ses fonctions.

La narration du début des maladies chroniques présente assez souvent plus de détails; mais avec un peu de patience on les surmonte et on arrive à la vérité; en aidant la mémoire des malades, c'est-à-dire en rappelant les événements principaux qui se sont passés dans le cours de l'existence ou des années antérieures, les saisons, les grandes variations atmosphériques, les solennités de toute espèce qui ont eu lieu, etc. (Louis, *Mém. de d'observ.*, t. I, Examen des malades).

Antérieurement au début de la maladie, les commémoratifs seront recueillis dans les conditions hygiéniques, puis dans les maladies dont l'indication a été atteinte précédemment.

En outre aux données hygiéniques, on devra tenir compte, comme l'a fait Louis, 1° du régime habituel antérieur, ce qui comprend à la fois la quantité et la qualité des aliments, double circonstance qui peut avoir une influence sur la marche et le développement des maladies, même spontanées; 2° du degré de force ou de faiblesse, d'embonpoint ou de maigreur; 3° du genre de vie régulier ou irrégulier, des excès de toute espèce; 4° du genre d'habitation; 5° des vêtements : toutes circonstances qui peuvent être des causes prédisposantes ou occasionnelles dans des conditions qu'il faut bien examiner.

Les données pathologiques ou les maladies passées qui ont précédé la maladie actuelle, seront aussi recherchées avec soin; et c'est avec raison que Louis, dans son travail que je viens de citer, rappelle combien, pour ce genre de recherches, il faut de précautions dans l'interrogatoire et d'intelligence dans celui qui interroge, pour arriver à des résultats positifs. Il faut pour qu'il y ait quelque chose de utile, non qu'il dénomme simplement la maladie, mais qu'il en indique les caractères caractéristiques. On tiendra donc grand compte à cet égard du degré d'intelligence du malade.

A partir du début de la maladie actuelle, l'investigation ne devra pas se faire avec moins de soin. Il faut, par l'interrogatoire, étudier les symptômes dans leur ordre de développement jusqu'au moment où l'on est mis en contact avec le malade, et les chercher en interrogeant toutes les fonctions. Il faut plus s'enquérir des traitements antérieurs et de leurs effets apparents, afin d'éclaircir sur la nature de la maladie.

On obtient ainsi l'ensemble des éléments étiologiques, des caractères et de la marche des périodes passées de la maladie. Il reste ensuite à constater l'état

**ÉTAT ACTUEL.** — On peut établir comme une nécessité absolue de la pratique d'examiner successivement toutes les fonctions et par suite tous les organes accessibles à l'exploration, pour constater l'état actuel; car c'est le seul moyen de recueillir tous les éléments du problème qui complètent ceux dont il s'agit de se faire une juste question. Il résulte de là que l'étude de l'état actuel est faite dans son ensemble, puisqu'il comprend l'habitude extérieure, l'étude des fonctions de relation, et celle des fonctions de nutrition. Cette étude se fait soit directement, à la simple vue ou par l'interrogatoire, ou enfin à l'aide de divers moyens d'exploration que préconise la science moderne. Il n'est donc pas juste de dire que les sens seuls de l'observateur recueillent les éléments diagnostiques, comme on l'a avancé, et que l'exploration

physique ou matérielle suffit pour constater l'état actuel d'un malade. Ce de ces éléments, en effet, les douleurs spontanées et certaines sensations tionnelles perverses, par exemple, ne peuvent être accusés que par le malade qui seul en a conscience.

a. — *Habitude extérieure.* — Dans l'exposé scolastique des phénomènes qui caractérisent l'habitude extérieure, on a coutume de comprendre seulement les signes que recueille immédiatement le médecin qui aborde le malade, mais encore tous ceux qui sont fournis localement par les moyens physiques d'exploration. Je ne m'arrêterai pas à ces derniers signes, qui sont principalement recherchés dans l'exploration particulière de chaque région ou système organique. L'*attitude*, l'*état du visage*, le *volume* du corps et la *conformation* des parties visibles, les *mouvements* des membres, de la tête ou des membres respirateurs, la *fermeté* ou la *flaccidité* des chairs, la *couleur* de la peau, les *éruptions* dont elle est le siège, ses *solutions de continuité*, ses cicatrices, les *battements* vasculaires, sont les particularités qui doivent être remarquées comme s'imposant seules à l'attention du médecin, dès qu'il se trouve en présence du malade. Il s'y joint assez souvent d'autres phénomènes secondaires peuvent encore être autant de points de départ des inductions diagnostiques sont : l'*altération de la voix*, la *chaleur de la peau*, son *humidité*, les *vomissements*, et les *matières* expectorées ou vomies.

Après la constatation de l'habitude extérieure, on explore les différents appareils.

b. — *Appareils organiques.* — J'aurais à entrer ici dans de grands détails à propos de l'examen de chaque appareil et de ses fonctions, si je ne les pas exposés dans autant d'articles qu'il y a, sous ce rapport, de régions d'organes considérés à part; chaque symptôme a aussi été traité isolément sorte que je n'ai qu'à grouper l'ensemble des données propres à chaque appareil.

L'examen doit être fait par séries anatomiques comprenant les *appareils de nutrition* (digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire) et les *appareils de relation* (nerveux, sensorial, musculaire, génitaux). Mais tout en se guidant d'après l'ordre anatomique des organes, on ne devra pas perdre de vue les points principaux qui viennent compléter, pour chaque organe ou fonction, les données de l'habitude extérieure. Ce sont successivement :

1° La *douleur*, qui est *spontanée*, ou *provoquée* par les actes fonctionnels ou par l'exploration;

2° Les *phénomènes fonctionnels*, qui varient pour chaque organe;

3° Les *produits de sécrétion* ou d'*excrétion*;

4° L'*exploration* à l'aide de moyens immédiats ou médiats, comme l'*inspection* (dont je dois rapprocher l'emploi des instruments explorateurs, tels que l'ophthalmoscope, le laryngoscope, les spéculums, la loupe, les réactifs chimiques), la *PALPATION* et ses dérivés (application de la main, pression, trépan, cathétérismes, etc.), la *PERCUSSION*, l'*AUSCULTATION*, la *MENSURATION*, la *TEMPÉRATURE*.

Pour procéder avec méthode dans l'application de ces données aux différents organes, il faut songer, pour chaque appareil, aux parties qui le composent et aux fonctions qui leur sont dévolues.

*Appareil digestif.* — Ici l'on peut passer successivement en revue la *BOUCHE*, la *LANGUE*, les glandes salivaires, le *PHARYNX* (isthme du gosier, palais, amygdales et parties plus profondes), l'*ŒSOPHAGE*, l'*ESTOMAC*, l'*INTESTIN GRÊLE* et le *GROS INTESTIN* (cæcum, colon, rectum), l'*ANUS*; et comme le *FOIE* et les *VOIES BILIAIRES*, le *PANCRÉAS*, et enfin le *PÉRITOINE*.

certaines voies accidentelles (abcès, fistules). — Quant à l'*exploration*, pour les différentes parties du tube digestif, et elle utilise la plupart rappelés plus haut (Voy. les articles consacrés aux différentes parties de l'appareil digestif).

Les parties de l'appareil digestif, c'est-à-dire le FOIE et les voies BILIAIRES, l'ESTOMAC, le PÉRITOINE, doivent ensuite être explorés autant que leur position le permet, et toujours au point de vue des signes extérieurs, de l'aspect, des phénomènes fonctionnels, des sécrétions et enfin des signes que l'on y peut constater.

*l'appareil respiratoire.* — Cet appareil comprend les fosses nasales, la bouche, le nez, que l'on peut considérer comme les vestibules des voies respiratoires proprement dites. Celles-ci comprennent la glotte, le larynx; la trachée et leurs ramifications. Les poumons avec leurs éléments accessoires et les parties environnantes, telles que les médiastins, les pleures et le diaphragme, complètent cet appareil.

Pour l'inspection, on jugera d'abord de la conformation de la poitrine et des signes de la respiration, sans oublier ceux du diaphragme. — Le siège de la maladie sera recherché avec soin dans les parois thoraciques ou dans les cavités profondes. — On constatera ensuite les symptômes fonctionnels, tels que la dyspnée, la toux, l'expectoration, le hoquet, et leur influence sur le cœur concomitante. — Les excrétions et surtout les crachats seront minutieusement examinés. — Enfin l'*exploration*, qui varie au niveau des fosses nasales, de la gorge et des autres parties de l'appareil respiratoire, complète l'examen.

*l'appareil circulatoire.* — Il faut songer successivement aux différents éléments anatomiques de cet appareil : au cœur, au péricarde, aux gros vaisseaux, artères, aux veines, aux lymphatiques, à la circulation capillaire, enfin au système lymphatique. Le même que l'on rapproche des voies digestives, comme annexes, les glandes salivaires, le foie et le pancréas, de même on doit rapprocher comme



abdominale (Richet, *Anat. chir.*, p. 522). — Comme *symptômes fonctionnels*, il y a à rechercher s'il existe des palpitations, de la dyspnée, des copes, de l'engourdissement ou du froid dans les membres, ou des accès subits produits par des EMBOLIES. — Les *hémorrhagies*, et l'état du sang, qu'il peut être examiné, ne doivent pas non plus être négligés. — L'exploration du cœur, des vaisseaux, du poulx, et celle des glandes thyroïde, glande thyroïde, ganglions lymphatiques, etc., complètent l'examen de l'appareil circulatoire.

**Appareil urinaire.** — Les reins et les voies urinaires, bassinets, vessie, canal de l'urètre, constituent principalement cet appareil.

Les tumeurs des reins, des conduits excréteurs de l'urine, celles résultant de la distension de la vessie, les abcès urinaires, sont les principaux *signes extérieurs* qui peuvent faire soupçonner une maladie des organes urinaires. — Des *douleurs vives* au niveau des reins, ou suivant le trajet d'un urètre jusqu'au testicule correspondant, ou occupant toute autre partie de l'appareil anatomique, peuvent être constatées. — Les troubles de la miction, qui peut être suspendue, diminuée ou augmentée de fréquence, être douloureuse ou difficile, constituent les principaux *troubles symptomatiques* que j'ai à rappeler. — Les *caractères physiques* de l'URINE, ou sa présence insolite dans certaines parties du corps, par suite d'infiltration pathologique (abcès urinaire), est aussi une source de signes importants. — Mais c'est principalement par l'*exploration* des reins, des urètres, de la vessie, du canal de l'urètre, et par l'examen chimique et microscopique de l'urine, que l'on peut s'éclaircir sur l'état des organes urinaires.

**Appareil de l'innervation.** — L'*encéphale* (cerveau, cervelet, protubérance), les *nerfs* qui en émanent, la *moelle épinière* et les *nerfs sensitifs et moteurs* qui s'y rattachent, et enfin le *trispianchnique* qui fait en quelque sorte le lien entre les appareils de nutrition, constituent anatomiquement l'ensemble de l'appareil complexe de l'innervation.

Ici, comme pour les autres appareils, il faut interroger les *signes extérieurs*, les douleurs, les troubles fonctionnels (de l'intelligence, de la sensibilité, des mouvements), rechercher l'existence des sécrétions ou les exsudats morbides, et enfin procéder à l'exploration d'ailleurs bien bornée des organes nerveux et de leurs dépendances. Il faut pour cela s'occuper successivement de l'*intelligence*, de la *sensibilité générale* et des *sens*, et enfin de la *myotilité*, en considérant comme champ principal d'observation les parties ou les organes qui sont le siège des phénomènes (*Voy. CRANE, ENCÉPHALE, INTELLIGENCE, SENS, MYOTILITÉ*, etc.).

Enfin l'examen de l'*appareil générateur* complètera l'exploration. Chez l'homme, le *pénis*, le canal de l'urètre, les *voies séminales* et les *testicules*; chez la femme, la *vulve*, le *vagin*, l'*utérus*, les *ovaires* et les *tubercules* *larges*, en sont les principaux éléments anatomiques. — Les *douleurs* intenses ou provoquées par le coït pour les deux sexes, ou par la menstruation chez la femme; les *troubles fonctionnels* de ces deux fonctions et les nombreux phénomènes sympathiques qui en résultent dans d'autres organes; les *écoulements* blennorrhagique, hémorrhagique, lochial ou autres chez la femme; l'excrétion blennorrhagique ou les pertes séminales chez l'homme; l'*exploration* des différents organes qui constituent l'appareil générateur des deux sexes : telles sont, d'une manière générale, les données que l'on a à rechercher.

### B. Inductions diagnostiques et pronostiques.

L'examen du malade fait constater les éléments du diagnostic; mais

ar les déductions qu'ils fournissent que ces éléments deviennent des signes de maladies, et qu'ils servent à faire reconnaître ces dernières, comme pour l'examen du malade, opération intellectuelle tout d'exposer une méthode pour les inductions diagnostiques à tirer des constatées ? Non, sans doute, si l'on envisage la chose d'une manière. Les déductions pratiques, en effet, sont une œuvre synthétique : l'intelligence de l'observateur s'affranchit souvent de toute méthode spontanément à la conclusion cherchée, dès qu'elle a saisi la chose d'un petit nombre de signes. Mais si le praticien est mis quelquefois du diagnostic dès l'abord du malade, il n'en est pas toujours ainsi trop fréquemment, en effet, que, malgré l'interrogatoire et les signes plus complets, on ne puisse arriver facilement à la formule du diagnostic, c'est dans les cas difficiles ou embarrassants de cette espèce, qu'il faut poser quelques jalons, sinon une méthode, pour se guider.

En premier lieu, on doit chercher à limiter de plus en plus la question, pour faire jusqu'à la fin au cadre nosologique tout entier. On cherchera à établir s'il s'agit d'une maladie *locale* ou *générale*. Je ne donne ces expressions un sens absolu, et je ne les applique qu'aux manifestations pendant la vie des phénomènes morbides, soit localisés dans un appareil d'organes ou une région du corps, soit généralisés dans tous les appareils organiques sans que les phénomènes locaux puissent entraîner la généralisation.

La question à rapprocher de la précédente est celle de savoir si considérer la maladie comme *aiguë* ou *chronique*, car on restreint ainsi le champ des recherches nécessaires pour arriver au diagnostic. Le mouvement fébrile semblerait être au premier abord le moyen de décider la question d'acuité ou de chronicité ; il s'en faut qu'il en soit ainsi. La fièvre accompagne certaines affections chroniques ; une affection aiguë peut être apyrétique, soit dès son début, soit au cours de l'exploration. L'invasion rapide ou lente, l'évolution et le caractère des symptômes, lèvent ordinairement les doutes, sauf dans un petit nombre de cas exceptionnels.

Enfin, l'existence des phénomènes généraux qui caractérisent la fièvre peuvent tromper, si l'on n'est pas sur ses gardes, pour décider si la maladie est aiguë ou chronique, peuvent encore induire en erreur sur un diagnostic essentiel à toujours rechercher : celui de l'*intermittence* ou de la *non-intermittence* de la maladie. L'absence des phénomènes pendant l'apyrexie intermittente peut faire croire, en effet, qu'il s'agit d'une maladie fébrile ; tandis qu'au moment des accès, on pourrait croire à l'existence d'une maladie fébrile continue. En oubliant cette recherche, on a souvent commis les erreurs les plus graves (*Voy. les Fièvres ou affections*).

Enfin, les conditions de la maladie étant déterminées : localisation ou généralité ou chronicité, intermittence ou continuité, le médecin peut comparer plusieurs affections ayant des symptômes communs, et il n'est pas fixé qu'après les avoir comparées dans son esprit : en faisant, en somme, un *diagnostic différentiel*. Si les symptômes sont groupés localement, dans la plupart des cas, trouvé par voie d'élimination la solution n'est que lorsque les symptômes caractéristiques sont incomplets ; il peut persister.

Enfin, le cas de procéder successivement par hypothèse de l'existence

des différentes maladies qui ont des groupes de symptômes communs : que l'on a constatés chez le malade.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic différentiel n'est pas le diagnostic tel comme on le donne à entendre dans beaucoup de livres élémentaires : la question étant déterminée, en effet, il reste encore à résoudre un certain nombre de questions diagnostiques en apparence secondaires, mais qui ont une véritable importance pratique.

Pour le démontrer, il me suffira de faire remarquer que, pour les maladies, soit l'une, soit l'autre de ces questions diagnostiques devient capital à rechercher, tout en continuant à éclairer sur l'existence même de la lésion.

La maladie reconnue et dénommée, on aura encore, en effet, à se demander : sa *marche* ; certaines *causes* particulières ; la simplicité ou la multiplicité des maladies chez le même sujet ; à tenir compte des *formes* que l'affection offre sans cesse d'être elle-même ; à constater la *période* à laquelle elle arrive et son *degré d'intensité* ; l'état des *lésions* appréciables et les *complications*.

Enfin, il reste ensuite à établir le *pronostic*, en tenant compte de la même maladie si elle est connue, et des différentes particularités qui peuvent lui servir de rappel.

Je n'admets pas, avec quelques cliniciens, que l'exploration du malade doive toujours avoir pour conclusion la nette formule d'un diagnostic. C'est précisément lorsque l'on a l'expérience d'une étude attentive de nombreux cas observés au lit du malade que l'on reconnaît qu'il y a, quoi qu'on fasse, outre les diagnostics certains, des diagnostics douteux et des diagnostics impossibles. Dans ces deux dernières circonstances, il faut savoir s'abstenir, lorsque l'on a tout fait pour arriver à la vérité. C'est sans rôle moins brillant que celui qui consiste à se prononcer toujours d'une manière affirmative ; mais ce dernier rôle ne peut éblouir que des assistants novices.

Je n'ai pas à indiquer d'articles complémentaires de celui-ci, cet ouvrage étant consacré au développement des idées et des principes qui ont été sommairement indiqués dans cet article.

**EXANTHÈMES.** — Rayer a réuni sous ce nom (*Traité des maladies de la peau*) l'érythème, l'érysipèle, l'urticaire, la rougeole, la roséole et la varicelle. Cette simple indication suffirait si l'on n'avait pas décrit sous la dénomination d'*exanthèmes sudoraux* des éruptions cutanées diverses qui méritent une mention spéciale.

Trousseau a admis que si des éléments nouveaux, de cause pathologique, viennent s'ajouter à l'émission cutanée, à la sueur, il peut survenir comme conséquences diverses affections cutanées caractérisées par lesquelles il ne soit pas possible dans tous les cas d'apprécier physiquement la cause. C'est pourquoi les modifications survenues dans la qualité de la sueur (comme qu'une alimentation excitante (coquillages, moules, écrevisses, poisson de porc, etc.) donne lieu à l'urticaire ; l'ingestion de l'opium, à des érythémateuses, à des taches pseudo-morbileuses, à des papules, à des vésicules ; la belladone, à une éruption habituellement scarlatineuse ; la térébenthine, le poivre de cubèbe, et surtout le copahu, à des papules vésiculeuses ; l'iodure de potassium, à des eczéma ou des pustules d'acné ; la cure, à l'affection eczémateuse dénommée *hydrargirie*. Enfin Trousseau a placé dans le même ordre la *miliaire* des femmes en couches (dont il a décrit la *miliaire rhumatismale*, si fréquemment observée), les *exanthèmes* qui surviennent pendant la grossesse, les *exanthèmes* qui surviennent pendant la lactation, les *exanthèmes* qui surviennent pendant la menstruation, les *exanthèmes* qui surviennent pendant la convalescence, les *exanthèmes* qui surviennent pendant la vieillesse, les *exanthèmes* qui surviennent pendant la maladie, les *exanthèmes* qui surviennent pendant la mort.

le puerpérale et de la résorption purulente, les *sudamina* de la fièvre et les éruptions *vaccinales* secondaires, celles qui succèdent à la variole, et dans la scarlatine (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 3<sup>e</sup> édit. 1868, t. I). Il n'a énuméré complètement ces exanthèmes dits sudoraux, parce que l'exposé me paraît montrer que Trousseau a été beaucoup trop loin en n'en ayant aperçu qu'un ingénieur et vrai en partie. Il faut admettre certaines sueurs abondantes, modifiées dans leur nature, peuvent produire des exanthèmes; mais c'est faire une simple hypothèse que d'attribuer les éruptions à la perspiration cutanée insensible, lorsqu'il n'y a pas de sueur sensible, ce qui arrive si fréquemment dans les conditions qui ont été rap-

**ETA, EXCRÉTIONS.** — Dans l'examen des malades, les matières et les exsudats fournis par un grand nombre d'organes sont souvent soumis à l'exploration, et leurs caractères sont utilisés comme autant de signes diagnostiques qui ont parfois une très-grande valeur. La variété, si nombreuses sont les fournissantes, de ces produits de sécrétion ou d'exsudat pourrait prêter à des considérations générales utiles; je ne puis donc m'occuper aux articles qui se rapportent à chacun d'eux ou aux organes qui les fournissent (*Voy. CRACHATS, FÉCALES [Déjections], Pus, SALIVE, SUEURS, c.*).

**OPHTHALMIE.** — La saillie exagérée du globe oculaire, à laquelle on donne le nom d'exophtalmie, reconnaît différentes causes : des affections locales du globe lui-même, des tuméfactions ou des tumeurs développées dans le globe ou sur sa surface, où elles repoussent le globe de l'œil au dehors; l'empoisonnement par le digitale (p. 340), ou bien enfin une affection générale. Dans les deux premiers cas, qui sont du ressort de la chirurgie, un seul œil est ordinairement affecté. Dans les cas où les deux yeux sont proéminents, cette seule localité, en dehors des cas d'empoisonnement par le digitale, doit faire soupçonner l'existence de l'affection singulière qui produit cette double exophtalmie, et que l'on a décrite sous le nom de *cachexie exophtalmique*. Les tumeurs exagérées du cœur et des artères, et le développement hypertrophique de la glande thyroïde, viennent ordinairement compléter les caractères de la *Voy. CACHEXIE THYROÏDIENNE*.

**OPHTHALMIQUE (Cachexie).** — *Voy. CACHEXIES.*

**TOSES.** — *Voy. SYPHILIS et TUMEURS.*

**EXPECTORATION.** — J'ai exposé à l'article CRACHATS la différence qui existe entre l'expectoration, l'excrétion et l'expulsion des matières expulsées par la bouche. L'expectoration fournit des signes diagnostiques ou pronosticants sous le rapport, soit de son mécanisme, soit de la nature des matières expectorées. Il a été question ailleurs de ces dernières (CRACHATS); je ne m'occupe ici que du mécanisme de l'expectoration.

L'expectoration, qui est l'expulsion par les voies aériennes des matières plus ou moins liquides qui s'y accumulent, se fait plus ou moins brusquement. Elle est ordinairement la conséquence de la toux, mais elle peut se faire aussi par une forte expiration volontaire. L'expectoration est fréquente ou rare, facile ou difficile. Cette dernière circonstance, la difficulté de l'expectoration, est importante pour laquelle ne suffit pas une simple mention. Pour que l'expectoration se fasse facilement, en effet, il faut que les matières à expectorer n'aient pas une viscosité telle qu'elles adhèrent fortement aux parois des vides aériens, surtout que les forces expiratrices soient conservées. Or, les mouvements respiratoires peuvent être rendus difficiles, parce qu'ils s'accompagnent

d'une douleur plus ou moins vive qui les empêche d'être suffisants, et parce qu'il existe un affaiblissement musculaire de cause locale ou générale. L'atrophie ou la paralysie des muscles respirateurs rend l'expectoration plus difficile que leurs progrès sont plus avancés; et si ces altérations atteignent le diaphragme, il en résulte l'impossibilité d'expulser les mucosités bronchiques dont une médiocre quantité suffit alors pour asphyxier le malade, ainsi Duchenne (de Boulogne) l'a signalé. Un affaiblissement général consistant en une adynamie profonde, rendent également l'expectoration difficile, à cette circonstance qu'est due, au moment de l'agonie, l'engouement et l'absence des voies aériennes par des mucosités qui ne peuvent plus être expectorées.

**EXPIRATION.** — Voy. RESPIRATOIRE (Appareil).

**EXTASE.** — L'état nerveux qui constitue l'extase est ordinairement la *folie* ou à l'*hystérie*. Il est caractérisé par une excitation cérébrale vive, concentrée sur un seul objet réel ou imaginaire, avec fixité et abolition passagère des sensations et des mouvements. L'extase diffère de la *cataplexie* en ce que, dans cette dernière affection, l'intelligence est abolie comme la sensibilité.

**FACE.** — La face est le siège de modifications pathologiques non que je n'ai pas à rappeler minutieusement dans cet article, soit parce que coup d'entre elles se trouvent mieux à leur place dans d'autres articles du dictionnaire, soit parce que ces modifications sont de peu de valeur, et ne valent pas la peine d'être mentionnées sur la voie du diagnostic. Les signes importants dont je veux ici parler sont principalement relatifs à la couleur de la face, à son volume et à sa symétrie, à son expression, à ses expressions et à ses mouvements, à sa sensibilité.

La face rougit fréquemment d'une manière instantanée et passagère chez les femmes aux époques menstruelles et vers la ménopause; et le même phénomène s'observe dans la congestion cérébrale et dans d'autres conditions. Il serait peu important de rappeler. Dans tous les cas, la rougeur est attirée vers la face ou à la paralysie accidentelle des vaisseaux capillaires de la face. La coloration par l'injection de la face peut être persistante chez les syphilitiques, dans la congestion ou l'hémorrhagie cérébrales, dans les cas d'ictère. Selon Rostan, la rougeur reste bornée à la face dans certains ramollissements du cerveau. — La face a une pâleur anémique au commencement, après les hémorrhagies, dans des convalescences, dans certaines intoxications, dans les cachexies. Cette pâleur, à laquelle se joint la décoloration de la face, présente dans ces différentes circonstances des nuances auxquelles on a voulu attacher une valeur séméiologique beaucoup trop grande. — La face peut offrir aussi des colorations anormales : la *CHROMHYDROSE*, la coloration enfumée de la peau BRONZÉE, et beaucoup plus fréquemment la coloration jaunâtre des sclérotiques et du pourtour des lèvres de l'état bilieux ou la coloration jaune ou verdâtre de l'ictère. — Enfin elle est le siège d'un grand nombre d'affections cutanées très-variées, parmi lesquelles plusieurs ont pour siège la face comme siège de prédilection : tels sont l'acné, l'érysipèle spontané, le pityriasis chez les enfants, le molluscum (à la face et au cou), etc. C'est à l'ophtalmie qu'on a donné comme caractère particulier des syphilides leur siège à la face et au cuir chevelu. On a fait la remarque que cette région échappait à l'atta-que de la gale (Cazenave).

Le volume de la face est augmenté généralement ou partiellement dans un grand nombre de circonstances : dans l'*emphysème sous-cutané*, où la tuméfaction peut être limitée à la joue chez les enfants (Ozanam), comme elle l'est

malade qui résulte d'une maladie du cœur ou d'une albuminurie, pour l'œdème de la langue, la gangrène de la bouche, et pour le gonflement qui accompagne d'autres affections buccales. — Dans l'érysipèle de la face (avec rougeur), dans l'érysipèle avec pustules de la morve aiguë, pendant les accès d'épilepsie et d'épilepsie, la face présente une turgescence générale plus ou moins persistante, gonflée. Elle est comme hypertrophiée dans l'éléphantiasis, bouffie et gonflée, ou vultueuse dans la pléthore, lorsqu'il existe un obstacle au cours du sang veineux dans la veine cave supérieure, ou dans certaines oblitérations de l'artère pulmonaire, et enfin dans certains faits de névralgie trifaciale (par suite de congestions répétées).

Il y a atrophie d'un des côtés de la face, et par suite défaut de symétrie entre ses deux moitiés, à la suite du torticolis prolongé et dans d'autres conditions que j'ai rappelées ailleurs (Voy. ATROPHIE, p. 108). D'autres asymétries résultent de l'hémiplégie faciale, de contractures partielles, ou d'une conformation congénitale. On pourrait même dire d'une manière absolue qu'il est optionnel de rencontrer un visage parfaitement symétrique parmi les individus sains.

L'expression de la face a donné lieu à des distinctions très-multipliées, mais un assez grand nombre sont trop secondaires pour être prises ici en considération. La face est animée et les yeux sont brillants dans les cas de délire aigu; elle exprime au contraire l'abattement et la langueur lorsque les forces sont très-déprimées, et cette expression d'abattement peut aller jusqu'à l'hébété ou la stupeur, comme dans l'ivresse, dans les fièvres graves, et notamment dans l'affection typhoïde; les muscles du visage sont alors dans le relâchement, les yeux sont immobiles ou se meuvent avec lenteur, et l'ensemble des traits exprime l'indifférence, à moins qu'on ne réveille quelque douleur pendant l'exploration. Dans ce dernier cas, ou sous l'influence de douleurs intenses vives, la face exprime la souffrance. La physionomie est plus ou moins intelligente ou tout à fait stupide chez l'idiot; elle peut paraître intelligente, mais sans autre expression, chez certains déments. Elle est immobile dans le trépas de la face, de même que dans l'extase, où cette immobilité s'accompagne de fixité du regard.

La face grippée n'est autre chose que l'expression d'une souffrance profonde, tenue et poussée à l'extrême; la figure est alors comme rapetissée par la contraction des muscles qui ramènent les traits vers la partie moyenne et vers le haut du visage; le nez et les sourcils sont froncés, le teint est livide. Si la respiration est très-gênée, les muscles respirateurs de la face redoublent d'activité et les traits sont alors plutôt dilatés, les narines écartées. — La face dite *hippocratique* annonce l'agonie : la pâleur verdâtre ou plombée du visage, sa teinte parfois noire ou livide, les yeux caves, le nez effilé, les tempes saillantes, les oreilles froides et contractées, la pulvérulence des sourcils, les cils et des poils des narines, l'immobilité des paupières entr'ouvertes, la saillie de la corneée dans sa partie exposée à l'air, et la béance de la bouche avec l'abaissement de la mâchoire, constituent les signes caractéristiques de cet état de la face.

Enfin, la face est cadavéreuse dans le frisson violent, avec anxiété extrême et délire, qui caractérise un accès de fièvre pernicieuse.

Les muscles de la face se contractent dans les affections convulsives cloniques toniques, et il en résulte des mouvements involontaires ou grimaçants qui sont le premier signe de l'invasion des accidents convulsifs; ces mouvements involontaires provoquent le rire sardonique lorsqu'ils siègent dans les





un excellent signe avec la décoloration du liquide des concrétions membraniformes expulsées dans l'urine, et qui sont généralement considérées comme des éléments de muqueuse intestinale. Ces matières, dans les cas très-rares, on trouvera dans les matières de l'intestin invaginé et détaché sans accuser les phénomènes concomitants ou qui font prévoir ce résultat. En pareil cas, les analogues, il faut délayer à part dans l'eau et examiner avec soin.

Un examen précieux pour découvrir dans les matières fécales, est la simple inspection. C'est ainsi que, lors- que du sang, les globules visibles dans le champ du microscope, ne laisse pas de doutes. L'examen microscopique peut rendre encore plus facile de constater dans le liquide des selles, ou dans celui du lavage, des moisissures ou champignons (Heller), ou bien des parasites (Davaine, *Traité des Entozoaires*).

La quantité des matières fécales est très-variable, soit pour chaque selle isolément, soit pour plusieurs dans un temps donné. Cette quantité varie même pour chaque évacuation dans la dysenterie aiguë. Elle est souvent contraire dans certains embarras ou engouements intestinaux occupant le gros intestin. Recherchées au niveau de l'abdomen avant l'évacuation, les matières fécales peuvent en distendre les parois autant que dans la grossesse avancée, ainsi que je l'ai vu récemment chez une femme qui était atteinte d'une occlusion intestinale résultant d'une cicatrice de la muqueuse du rectum.

**FIBRO-PLASTIQUES** (Éléments ou tissu). — Les éléments fibro-plastiques sont très-répandus dans l'organisme sain, se rencontrent fréquemment comme éléments accessoires de la plupart des tumeurs, ou comme constituant les éléments des tumeurs particulières, dites *fibro-plastiques*, dues à l'hyperplasie de la place des éléments de ce tissu. Les tumeurs restent souvent localisées dans une région; mais d'autres fois elles se généralisent et se confondent avec le tissu ambiant. Au point de vue clinique avec le terme improprement dit. Les *granulations charnues* qui se développent dans le tissu des séreuses, et les indurations inflammatoires des divers organes sont en grande partie constituées par des éléments fibro-plastiques.

Les éléments présentent trois variétés d'après Robin. Ce sont : 1° les *fibro-plastiques libres*, plus ou moins allongés, ayant de 0<sup>mm</sup>,005 à 0<sup>mm</sup>,010 de largeur; et 0<sup>mm</sup>,007 à 0<sup>mm</sup>,010 de longueur, contenant quelques fines granulations moléculaires, et souvent, parfois, un ou deux nucléoles; 2° les *fibro-plastiques fusiformes*; fig. 65, a, b, c, formant des corpuscules

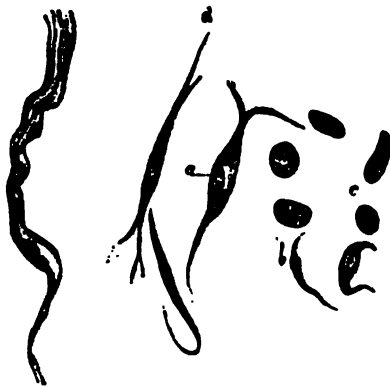


Fig. 65. — Éléments fibro-plastiques. — a, b, c, fibro-plastiques fusiformes; c, cellules; à gauche de la figure, tissu conjonctif lamellaire contenant inférieurement un noyau fibre-plastique libre.

ment à peu près tous un noyau central, placé au niveau de la partie



Il n'est pas sans que toutefois ces différents

que en même temps que je ne fais qu'in-  
Il en est de même des causes

fièvre envisagée comme  
conditions patholo-

ditions très-  
-impor-  
-holo-

des signes  
d'expliquer  
de celle de la

désaccord avec les  
grand nombre d'organes,  
de la fièvre.

fièvre dans les maladies.

de catégorie, ceux relatifs à des  
lésions, on se trouve en pré-  
desquelles la fièvre est dite impro-  
catégorie de faits, qui embrasse ceux de  
par rapport aux lésions locales, on a le  
appelées pyrexies ou FIEVRES proprement  
une phlegmasie latente peut accompagner une  
pyrexie.

actions si nombreuses que ce double cadre em-  
brassées qui peuvent le plus fréquemment mettre sur la  
attention dans cette recherche des conditions pathologiques  
de la fièvre.

qui signalent le début de la fièvre ont quelquefois des caractères  
diagnostique. Un frisson violent et plus ou moins prolongé, avec trem-  
blement et claquement de dents, annonce souvent une maladie grave,  
fièvre intense. Chez la femme récemment accouchée, un frisson violent,  
qui précède quelquefois la fièvre dite de lait, est un signe d'inflam-  
mation, de résorption purulente, ou de fièvre puerpérale, et ce  
diagnostic est presque certain s'il règne une épidémie de ce genre. Le  
venant tout à coup avec un symptôme grave, céphalalgie, délire,  
nausées, accidents digestifs, etc., devra faire songer à un accès de  
fièvre, diagnostic qui se trouvera confirmé si les accidents cessent  
quelques heures. Les frissons qui apparaissent dans le cours d'une ma-  
ladie annoncent ou une pyémie ou l'invasion d'une complication,  
il ne faut pas oublier que cette complication est presque toujours une  
fièvre chez les vieillards.

Le médecin ait été ou non témoin du frisson initial dont il vient d'être  
avis que ce frisson ait manqué, la fréquence du pouls avec la chaleur  
du corps, si-je dit, constituent la réaction fébrile ou la fièvre telle qu'il a le  
droit de la constater. C'est en pareille circonstance que l'interrogatoire  
du malade doivent être faits avec soin, afin de réunir pour la

renflée de la fibre dont il détermine le renflement, noyau qui a tous les caractères des noyaux libres; 3° les *cellules fibro-plastiques* (même fig., c) de forme ovoïde, toujours finement granuleuses, et contenant également un noyau semblable aux noyaux libres.

**FIÈVRE, FIÈVRES.** — Au point de vue clinique, il faut distinguer la *fièvre*, considérée comme élément diagnostique des maladies en général, et les *fièvres proprement dites*, qui forment une classe particulière de maladies importantes.

**I. Fièvre en général.** — La fièvre, considérée en elle-même comme élément des maladies, est caractérisée par un ensemble de phénomènes complexes qui sert bien fréquemment de base ou de point de départ au diagnostic, soit qu'elle ne constitue qu'un élément de maladie dont il faut rapprocher les autres éléments diagnostiques, soit qu'elle représente le phénomène fondamental de maladies particulières générales, désignées sous le nom de *fièvres* ou *pyrexies*. Quelle que soit la façon dont le praticien doit envisager la fièvre en elle-même, il se trouve en pareil cas en présence d'un élément symptomatique palpable, en quelque sorte, dont il doit, comme pour tous les autres, se rappeler les caractères, les conditions pathologiques et la signification.

**1° Caractères.** — Les phénomènes caractéristiques de la fièvre, considérée en général, sont ceux que l'on rencontre dans un accès complet de fièvre intermittente : *frissons* plus ou moins prolongés, puis *chaleur* et sécheresse de la peau, et enfin *sueurs* plus ou moins abondantes. Mais la fièvre, considérée en particulier, a des modalités très-différentes dans le cours des maladies. Qu'il y ait ou non préalablement un frisson ou de simples horripilations, le plus souvent la fièvre est principalement caractérisée par la fréquence du pouls et par une chaleur exagérée, avec sécheresse de la peau.

Ces deux phénomènes, fréquence du pouls et chaleur augmentée, sont nécessaires pour caractériser la fièvre. Aussi ont-ils été l'objet de recherches très importantes qui ont modifié profondément, dans les dernières années, les idées qui avaient cours sur la circulation et la calorification fébrile.

La fréquence du pouls, même considérable, ne saurait suffire pour constituer la fièvre, comme on l'a cru longtemps. E. J. Marey (*Physiol. méd. de la circulation du sang*, etc., 1863) a démontré que la fréquence du pouls dépendait de la facilité plus grande qu'éprouve le sang à traverser les vaisseaux capillaires et non d'une action énergique exagérée du cœur. On s'explique dès lors comment des individus affaiblis, des convalescents, présentent assez souvent un pouls qui, chez l'adulte, s'élève jusqu'à 90, 100 et même accidentellement jusqu'à 120 pulsations et plus, avec l'intégrité de toutes les fonctions de nutrition, et que la chaleur cesse d'être modérée, sans qu'il y ait fièvre en un mot. On s'explique de même la fréquence variable du pouls suivant l'âge et les individus. Je reviendrai sur cette question capitale à l'article **POULS**.

Quant à la chaleur exagérée morbide de la peau, qui a été l'objet de recherches si remarquables, elle est considérée avec raison comme le signe essentiel de l'état fébrile, que cette exagération soit jugée par la simple application de la main, ou à l'aide du thermomètre, qui peut fournir au praticien des données diagnostiques importantes, comme nous le verrons au mot **THERMOMÉTRIE**.

Outre la coïncidence de la chaleur et de l'accélération du pouls qui existe dans les maladies fébriles, il y a le plus souvent d'autres phénomènes concomitants qui sont sous la dépendance de la fièvre ou, comme on le dit souvent, du mouvement fébrile. Ce sont : un sentiment de *malaise général*, d'*abattement*, de *courbature*, de la *céphalalgie*, de l'*anorexie* et des signes de congestion.

différents organes (*Voy. CONGESTIONS*), sans que toutefois ces différents soient constants.

La marche variable de la fièvre ainsi que sa *durée*, que je ne fais qu'indiquer, modifient les allures de l'état fébrile. Il en est de même des *causes* (FIÈVRES).

Il faut insister davantage sur les caractères de la fièvre envisagée comme fièvre symptomatique, voyons quelles en sont les conditions pathologiques, question capitale en pareille circonstance.

*Conditions pathologiques et signification.* — Ces conditions très-reuses se présentent au lit du malade sous deux conditions très-importantes, dont on doit la distinction aux progrès modernes de l'anatomie pathologique et du diagnostic :

— De l'examen des différents organes, il résulte qu'il existe des signes logiques locaux fournis par l'un d'eux et qui permettent d'expliquer l'existence de la fièvre concomitante, dont la marche est connexe de celle de la lésion organique locale;

— Les phénomènes fébriles sont au contraire en désaccord avec les signes locaux, ces derniers étant parfois étendus à un grand nombre d'organes, néanmoins insuffisants pour expliquer la gravité de la fièvre.

La distinction domine le diagnostic de l'état fébrile dans les maladies.

Dans la détermination des faits de la première catégorie, ceux relatifs à des lésions locales avec fièvre proportionnée à ces lésions, on se trouve en présence de la classe des PHLEGMASIES, dans lesquelles la fièvre est dite improprement secondaire. Dans la seconde catégorie de faits, qui embrasse ceux de la détermination des phénomènes fébriles par rapport aux lésions locales, on a le plus souvent affaire aux affections appelées pyrexies ou FIÈVRES proprement dites. Je dis le plus souvent, car une phlegmasie latente peut accompagner une pyrexie qui en impose pour une pyrexie.

Il faut rappeler ici les affections si nombreuses que ce double cadre embrasse, voyons les particularités qui peuvent le plus fréquemment mettre sur la voie, ou détourner l'attention dans cette recherche des conditions pathologiques auxquelles se rattache la fièvre.

Les frissons qui signalent le début de la fièvre ont quelquefois des caractères importants au diagnostic. Un frisson violent et plus ou moins prolongé, avec tremblement général et claquement de dents, annonce souvent une maladie grave, une fièvre intense. Chez la femme récemment accouchée, un frisson violent, celui qui précède quelquefois la fièvre dite de lait, est un signe d'inflammation intercurrente, de *résorption purulente*, ou de *fièvre puerpérale*, et ce dernier diagnostic est presque certain s'il règne une épidémie de ce genre. Le frisson survenant tout à coup avec un symptôme grave, céphalalgie, délire, syncope, accidents digestifs, etc., devra faire songer à un accès de fièvre pernicieuse, diagnostic qui se trouvera confirmé si les accidents cessent après quelques heures. Les frissons qui apparaissent dans le cours d'une maladie préexistante annoncent ou une pyémie ou l'invasion d'une complication, il ne faut pas oublier que cette complication est presque toujours une pneumonie chez les vieillards.

Il faut que le médecin ait été ou non témoin du frisson initial dont il vient d'être question, ou que ce frisson ait manqué, la fréquence du pouls avec la chaleur de la peau, ai-je dit, constituent la réaction fébrile ou la fièvre telle qu'il a le plus souvent à la constater. C'est en pareille circonstance que l'interrogatoire et l'exploration du malade doivent être faits avec soin, afin de réunir pour la



solution du problème le plus de données possible. Trouve-t-on des phénomènes locaux qui révèlent une de ces lésions qui constituent la base ou la d'une distinction nosologique, et par suite la maladie elle-même à laquelle a affaire, le problème est rapidement résolu. Lorsque cette constatation au contraire défaut, malgré un examen des plus attentifs, il y a manifestement, ai-je dit, une maladie aiguë générale, ou une phlegmasie localement et qui ne laisse d'appréciable que ses phénomènes généraux ou fébriles principalement aux deux extrêmes de la vie, chez les jeunes enfants les vieillards, que l'on est exposé, en observant même avec soin, à la fièvre pour une pyrexie lorsqu'elle est la manifestation d'une phlegmasie. La thermométrie sera ici d'un grand secours.

La considération du *degré* ou de l'intensité des phénomènes fébriles sentie à la rigueur rien de bien utile au diagnostic, toutes les maladies pouvant offrir à cet égard des variétés bien tranchées. Cependant il faut tenir compte des dispositions individuelles dont il faut tenir compte relativement à l'intensité de ces phénomènes. Cela est surtout vrai suivant les âges. Les enfants éprouvent en règle générale, des accidents fébriles beaucoup plus tranchés qu'à l'âge adulte. Il faut être bien prévenu de l'exubérance de ces phénomènes au jeune âge, où elle a lieu souvent pour les maladies les plus légères pour les plus graves, et où des symptômes concomitants, résultant très souvent de congestions fébriles locales, peuvent donner le change pour le diagnostic. Le *délire* et les *convulsions*, par exemple, font croire à une lésion grave des centres nerveux; les *vomissements* à une lésion de l'estomac; tandis que, peu après, une phlegmasie locale facilement reconnaissable par une éruption exanthématique font connaître la nature de la maladie. Dans les périodes plus avancées de la vie, on rencontre encore la fièvre présente parfois cette intensité et ces anomalies ou plutôt les complications fébriles il vient d'être question; mais cela devient de plus en plus rare. Dans l'âge avancé, on voit même assez souvent des phlegmasies graves ne pas s'accompagner de phénomènes fébriles. L'absence de la fièvre ne suffit donc pas au vieillard pour éloigner l'idée d'une phlegmasie plus ou moins grave.

J'ai dit que les frissons, survenant dans le cours d'une maladie préexistent, annonçaient ordinairement une complication. La même remarque doit s'appliquer aussi à l'accélération du pouls avec chaleur plus ou moins exagérée; toutefois l'exacerbation est durable et ne constitue pas un accident ou une complication de la maladie fébrile que l'on observe. L'apparition de la fièvre peut annoncer des complications phlegmasiques dans le cours des maladies.

Il ne faut pas perdre de vue non plus que, par elle-même, la fièvre prolongée peut produire à son tour des phlegmasies secondaires que, dans certains cas, elle précède. On sait que la connaissance de cette loi d'observation est due aux recherches de Louis sur la fièvre typhoïde. La possibilité de ces complications dans les affections fébriles prolongées est une nouvelle raison, parmi d'autres, pour explorer fréquemment les organes le plus souvent affectés dans de pareils cas, et notamment les organes intra-thoraciques.

Par suite des différentes allures qu'affecte la marche de la fièvre, il faut se méfier avec soin des antécédents fébriles pour savoir d'abord s'ils sont intermittents, et si l'on n'a affaire qu'à un accès passager analogue à un ou plusieurs accès antérieurs. Si, au contraire, on interroge un malade sans fièvre, mais qui dit avoir éprouvé récemment des frissons suivis de chaleur, puis de sueurs, donnant des détails qui ne peuvent faire soupçonner sa véracité, on jugera que ce commémoratif que l'apyrexie existante n'est qu'une trêve après un accès

On arrivera ainsi à établir l'existence d'une fièvre intermittente. On ne doit pas insister en toute occasion sur la nécessité de bien reconnaître l'existence fébrile lorsqu'elle existe. — Si la fièvre que l'on observe est continue depuis lequel elle persiste peut mettre aussi sur la voie du diagnostic; si, par exemple, on soupçonne l'existence d'une fièvre éruptive, et pendant des prodromes fébriles de l'éruption soit écoulé, on doit rejeter l'hypothèse de ces maladies, et songer à d'autres affections fébriles.

**FIÈVRES.** — Je n'ai pas à m'occuper dans cet ouvrage de la doctrine médicale qui forment le groupe des fièvres proprement dites ou *pyrexies*. Pour le malade, les questions de diagnostic qu'elles soulèvent se réduisent à établir par voie d'exclusion qu'il existe une de ces fièvres (Voy. ci-dessus), puis à en rechercher l'espèce.

Pour résoudre cette dernière question, il faut avoir recours à la **THERMOMÉTRIE** et se rappeler la nomenclature de ces affections, bien moins nombreuses qu'on l'admettait les anciens, grâce aux recherches modernes, et principalement celles de Louis, qui a fait rentrer la plupart de leurs espèces dans la classe de la fièvre typhoïde. On peut juger de la simplification apportée dans le groupe des fièvres des anciens par l'énoncé de celles qui sont généralement adoptées aujourd'hui, et qui comprennent les trois groupes suivants :

1. **FIÈVRES ÉPHEMÈRES**, qui durent un ou plusieurs jours, et qui commencent par une simple courbature, la fièvre ÉPHEMÈRE proprement dite, et la fièvre typhoïde.

2. **FIÈVRES CONTINUES**, comprenant les fièvres ÉRUPTIVES, la fièvre TYPHOÏDE, la fièvre ÉPHEMÈRE, la fièvre JAUNE, la BILIEUSE des pays chauds, la PESTE, la fièvre MALARIALE. — On pourrait y joindre la maladie appelée improprement au Sénégal *fièvre rouge exotique* (ou *Dengue*), puisque l'éruption, analogue à celle de la rougeole ou de la scarlatine, n'est pas constante. Outre les prodromes habituels des pyrexies (embarras gastrique bilieux principalement), il existe une fièvre avec douleurs articulaires plus ou moins généralisées, mais sans haleur, ni gonflement des parties affectées. L'exanthème, lorsqu'il existe, est d'une étendue et d'une durée variables, mais sans desquamation et sans éruptions concomitantes. Le gonflement érysipélateux du nez est un de ses signes constants. Cette fièvre guérit le plus souvent en quelques jours (Arch. de méd. navale, 1866).

3. **FIÈVRES INTERMITTENTES**, simples, rémittentes ou pseudo-continues.

Pour le diagnostic de ces différentes pyrexies, je n'ai qu'à renvoyer aux articles qui leur sont consacrés.

**FIÈVRE JAUNE.** — Cette maladie, dont la nature est inconnue, sévit toujours d'une manière épidémique dans des contrées particulières. Elle a été observée sans contestation aux Antilles, sur le continent des deux Amériques, dans la partie occidentale de l'Afrique et, en Europe, sur le littoral d'Espagne, du Portugal, à Livourne, en Italie, à Dublin, en Irlande (Graves), identiquement en France, à Bordeaux, à la Rochelle, à Rochefort, à Brest, à Saint-Nazaire, où elle fut apportée par le navire de commerce *le Marie*, qui devint un centre d'infection pour sept autres navires dans la rade de Saint-Nazaire (Méliér, 1863).

On a considéré l'ICTÈRE GRAVE de nos contrées comme la fièvre jaune endémique; mais les faits connus ne permettent pas, dans l'état actuel de la science, de réunir ces deux maladies en une seule.

Les travaux modernes qui ont été publiés sur la fièvre jaune, se rattachent à deux classes : ceux de Dalmas, Bailly, Cailliot, Chervin, Louis, Dutroulau, Ruz, Souty,

Thomas, Leconte, Magalhaes Coutinho, Cornilliac, O. Saint-Vel, et d'autres.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Dans les cas graves, il y a deux périodes. La première débute par une céphalalgie intense, des frissons, douleurs plus ou moins vives dans les membres, puis dans le dos. La seconde est caractérisée par les phénomènes suivants : face animée, bouffie, parfois de couleur acajou clair (Dutroulau), avec les yeux injectés, larmoyants avec sensation de cuisson ; chaleur de la peau qui est qu'injectée à la poitrine, pouls médiocrement accéléré, plein, régulier ; soif vive ; parfois douleurs à l'épigastre, mal de gorge (Lisbonne) ; langue sèche, d'un gris foncé ou recouverte d'un enduit blanc et humide, quelquefois violacé (Dutroulau) ; nausées et vomissements, d'abord sans caractère spécial, survenant quinze, vingt heures et plus après le début ; selles molles, abdomen souple et indolent, si ce n'est à l'épigastre ; insomnie, agitation extrême, anxiété, rarement délire ; urines seulement un peu rouges, parfois abondantes (Magalhaes Coutinho, *Gaz. hebdomadaire*, 1858). — A une certaine période, il y a diminution de la céphalalgie et des autres douleurs, de la chaleur des yeux et de la poitrine, puis apparaissent : la coloration jaune ictérique de la peau et des yeux (qui ne survient parfois que peu avant le terme de la dépression du pouls, qui devient petit et se ralentit ; les vomissements cessent d'abord des parcelles noirâtres comme de la suie, puis devenant tout à fait bruns ou noirs ; les selles également noirâtres ou noires, rarement liquides bilieuses (Dutroulau) ; des hémorrhagies dans l'épaisseur des membres, dans les organes les plus divers, et par les solutions de continuité les plus légères de la peau ou des muqueuses (Saint-Vel) ; la persistance du malaise et de la diminution des forces, le refroidissement bien avant l'agonie, parfois la dépression de l'urine, ou des urines albumineuses. Quelquefois une rémission apparente dans les symptômes se manifeste, et une mort survient dans ces conditions. Cette rémission trompeuse a été appelée *la fausse rémission* ou *la mort apparente*.

En dehors des cas graves dans lesquels se rencontrent la plupart des symptômes, il en est un certain nombre dans lesquels ces symptômes se trouvent considérablement atténués, ou réduits à un petit nombre, et dont la description serait impossible. Il en sera question ci-après, en même temps que des éléments de diagnostic dont il n'est pas parlé précédemment.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic de la fièvre jaune est souvent douteux lorsque l'on voit survenir les symptômes les plus graves énumérés plus haut, et dont il est impossible de donner un tableau satisfaisant, vu la variation des symptômes suivant chaque épidémie. Le diagnostic sera rendu plus facile par le fait de l'habitation de l'individu qui se plaint dans la zone où s'observe le plus habituellement la maladie, sur laquelle existe manifestement déjà une épidémie de fièvre jaune dans le pays.

Mais il en est tout autrement si l'on est au début d'une épidémie et si l'on a affaire à des cas légers de fièvre jaune dans lesquels, ainsi que le rapporte M. Cornilliac dans ses recherches sur la fièvre de Gibraltar (*Mém. de la Soc. méd. d'Alger*, t. II), il n'y a ni vomissements noirs, ni évacuations alvines de même couleur, ni jaunisse, ni anxiété, et où la maladie paraît uniquement consister dans un mouvement fébrile peu marqué, avec céphalalgie plus ou moins intense dans les membres, dans les lombes et le dos, rougeur des yeux et de la face, pouls médiocre. Il est impossible alors de reconnaître ou même de soupçonner la fièvre jaune, qui peut être prise pour une de ces fièvres éphémères dont il est

e toujours déterminer le caractère. Cette difficulté de diagnostic est  
 lus regrettable que l'erreur peut alors, selon l'expression de Louis,  
 éritable calamité publique.

nt, comme le fait remarquer l'auteur, « si l'on venait à observer  
 de cas semblables à ceux dont il vient d'être question, en peu de  
 mois d'août et de septembre, et dans la latitude où règne la fièvre  
 es yeux étaient injectés dès le début, la figure rouge, la céphalgie  
 épigastre un peu sensible à la pression : on devrait vivement soup-  
 tte affection, encore qu'il n'y ait pas d'épidémie déclarée; et il n'y  
 de doute sur ce point, alors même que les symptômes se présente-  
 le plus faible degré, s'ils venaient à se déclarer *chez tous les mem-  
 plus grande partie des membres d'une même famille, au milieu  
 démie* et dans un espace de temps peu considérable; car une affec-  
 ce caractère n'atteint pas un aussi grand nombre de personnes d'une  
 ille en si peu de temps, hors celui d'une épidémie de fièvre jaune »  
 é).

he ou l'évolution des phénomènes symptomatiques n'a pas toujours  
 té des deux périodes que j'ai rappelées. Outre que les cas légers  
 à cette règle, il arrive quelquefois que la marche de la maladie est  
 , et même *intermittente*, mais sans régularité dans le retour des  
 ; Dutroulau, *Maladies des Européens dans les pays chauds*, 1861)  
 lement aux époques où règnent aux Antilles les fièvres intermittentes  
 bre à mai). Ce sont des particularités qu'il ne faut pas oublier, non  
 a durée habituelle de la maladie pendant quatre à vingt jours et  
 compter la convalescence), et la possibilité des *cas foudroyants*,  
 els la mort survient quelques heures après le début.

nées étiologiques sont incomplètement connues, mais il en est de bien  
 qui sont loin d'être sans valeur au point de vue du diagnostic. On  
 temple, que la fièvre jaune ne se développe que très-rarement en  
 régions que j'ai précédemment indiquées; que l'humidité, les sai-  
 et d'automne, et surtout une température de  $+ 18^{\circ}$  environ, favo-  
 apparition et son développement; qu'elle atteint de préférence les  
 non acclimatés, et enfin que la maladie est contagieuse. La contagion,  
 discutée, ne laisse plus aucun doute après la constatation des faits  
 azaire (Mélièr), et la publication de plusieurs travaux modernes,  
 uels je signale l'article de M. Le Roy de Méricourt, publié dans les  
 le *médecine navale* (1864, t. II).

ndrait avec la fièvre jaune l'*hépatite*, qui n'est pas rare dans les  
 première s'observe, si l'inflammation hépathique ne s'accompagnait  
 couleur dans l'hypochondre droit, d'une augmentation de volume du  
 a marche moins rapide de la maladie ne la faisait pas distinguer de  
 ne. — La *fièvre typhoïde* sera bien difficilement confondue avec  
 qui m'occupe. Dans la fièvre typhoïde, en effet, le vomissement est  
 il, il y a de la diarrhée, le ventre est météorisé, et la marche de la  
 ordinairement lente; tandis que, dans la fièvre jaune, les vomisse-  
 communs, il y a de la constipation, la forme du ventre est naturelle  
 e de la maladie habituellement rapide. — On ne saurait confondre  
 une, affection épidémique passagère, atteignant surtout les sujets  
 bustes, avec des *fièvres palustres pernicieuses*, qui sont endémi-  
 nentes, et qui se développent plutôt chez des individus débilités  
 s (Cornilliac, *Etudes sur la fièvre jaune*, 1864).

Mais il y a deux maladies qui ont de telles analogies avec la fièvre jaune dans beaucoup de cas, on est fort embarrassé d'en formuler les caractères tinctifs. Ce sont, dans nos contrées, l'*ictère grave fébrile*, qui a été considéré comme une forme endémique de la fièvre jaune propre à notre climat, *fièvre bilieuse des pays intertropicaux* dans sa forme continue. J'ai ailleurs de ce diagnostic différentiel (*Voy. BILIEUSE [Fièvre] et ICTÈRE*).

Je n'ai rien à ajouter à ce qui précède, relativement aux *degrés* ou aux *mes* variables de la fièvre jaune, formes qui dépendent, et du degré d'intensité lui-même, et de la prédominance ou de l'absence de certains symptômes. Quant aux *complications*, elles sont rares.

On a noté des *parotides* ou des *abcès* multiples des membres comme accidents survenant dans la convalescence; les abcès paraissent dus à la purgation de foyers hémorrhagiques qui se font dans l'épaisseur des membres.

3° *Pronostic*. — Le pronostic à porter sur l'issue de la maladie doit être extrêmement réservé dans le cours de la fièvre jaune, sa gravité n'est nullement proportionnée à l'intensité des symptômes. La mort a lieu dans environ la cinquième partie des cas. Elle survient le plus souvent à la suite d'un ensemble de phénomènes très-graves : agitation extrême, abattement profond, déjections et vomissements noirs, hémorrhagies diverses, ictère plus ou moins généralisé, suppression des urines, quelquefois respiration anxieuse, convulsions générales et écume à la bouche (Dutroulau). Mais d'autres fois la mort arrive inopinément à la suite de symptômes légers et très-peu caractéristiques : fièvre et douleurs peu intenses, diminution peu marquée des forces, absence d'agitation, de vomissements et même d'ictère. Cependant, lorsque l'ictère montre dans ces conditions et dans le premier septénaire, il annoncera la mort prochaine; son apparition serait donc alors un signe de la plus haute gravité.

La guérison a lieu, selon Dutroulau, lorsque les vomissements et les déjections noires n'ont pas paru, lorsque les hémorrhagies passives n'ont pas été trop abondantes. Vers le sixième ou septième jour, quelquefois avant, l'agitation cesse, la peau devient moite et tiède, l'ictère se dissipe, ou, dans quelques cas, au contraire, devient très-prononcé et comme critique; les urines cessent avec facilité, la langue s'humecte et se nettoie, mais elle peut rester rouge pendant longtemps et laisser suinter un peu de sang; les vomissements et déjections changent de nature et finissent par se supprimer; la convalescence commence. Cette convalescence est toujours très-longue, même à la suite de cas légers, ainsi que Louis l'a fait remarquer, et les récidives de la maladie sont tout à fait exceptionnelles. Une atteinte de fièvre jaune préserve contre de nouvelles atteintes ultérieures.

**FILAIRE** ou **DRAGONNEAU**. — *Voy. PARASITES (Animaux)*.

**FISTULES**. — A la suite des abcès comme des ponctions faites par divers moyens de traitement, il persiste quelquefois des fistules qui ont une grande valeur diagnostique dans les maladies internes. Outre celles qui résultent de l'ouverture des abcès scrofuleux ou par congestion, on en rencontre qui communiquent avec des lésions des organes splanchniques. Dans cette dernière circonstance, il est important pour le diagnostic de pouvoir reconnaître le point de départ du trajet fistuleux dans tel ou tel organe. Or, cette constatation est possible lorsque la plaie extérieure donne issue à des produits organiques ou à des produits de sécrétion qui révèlent par eux-mêmes les organes d'où ils proviennent : comme de l'urine, des parcelles osseuses, de la lymphe, des matières émanées dans le tube digestif, gaz, bile ou calculs biliaires, matières fécales, etc.

La difficulté du diagnostic anatomique des fistules n'existe que lorsqu'il

excrétées, comme le pus, n'indiquent aucune source organique particulière lorsqu'un stylet ne peut pas parcourir le trajet fistuleux pour arriver à l'organe lésé, et lorsqu'enfin aucun des commémoratifs ne peut éclaircir la cause première de l'affection. Les fistules pulmonaires cutanées présentent en particulier des difficultés de diagnostic sur lesquelles Bouchut a insisté (*cad. de méd.*, 1853). L'injection d'un liquide, l'iode, par exemple, qui pénètre ensuite dans les crachats, comme cela est arrivé à Perrin (*Soc. de méd.*, 1850), est la meilleure preuve de la communication du trajet fistuleux avec le poudron, lorsque la plaie ne fournit pas un liquide mélangé d'air ou de sang à celui des crachats expectorés.

**FLANC.** — On sait que les flancs sont compris, sur les côtés du ventre, entre la crête iliaque et les fausses côtes. Comme les autres régions de cette zone, leur volume ou leur saillie est variable, mais ce n'est pas seulement par le développement de l'organe principal qui leur correspond : le côlon ascendant et le côlon descendant à gauche. Les organes qui occupent les flancs, c'est-à-dire le foie et la rate, les reins situés sur les côtés de la colonne vertébrale, les ovaires chez la femme, envahissent assez souvent le flanc qui leur correspond, lorsqu'ils prennent un volume considérable, ou lorsqu'ils sont le point de départ de tumeurs volumineuses, ou enfin lorsqu'ils se déplacent (comme le foie, par exemple). Les épanchements ascitiques et les phlegmons du péricône ou même péri-utérins peuvent aussi envahir les flancs.

Les signes que fournissent ces régions se tirent : de leur volume plus ou moins développé, soit par rapport aux parties voisines, soit par la comparaison avec les autres côtés; de la palpation et de la percussion, qui ont surtout pour but de constater l'absence ou la présence de tumeurs plus ou moins étendues. La seule précaution à faire lorsqu'il existe une tumeur, c'est que l'on doit toujours se demander s'il n'y a pas un amas de matières stercorales dans le côlon.

**TURBULENCE, FLATUOSITÉS.** — Voy. MÉTÉORISME.

**BRUIT DE FLUIDE.** — Voy. SUCCUSSION.

**FLUCTUATION.** — Sans parler de la fluctuation des abcès extérieurs, la fluctuation a été étudiée par le chirurgien, et dont je n'ai pas à m'occuper, mais il est important de constater que la fluctuation est importante aussi à constater par le médecin, car elle se manifeste au niveau d'abcès d'organes splanchniques (Voy. ABCÈS), et qui arrive le plus souvent, qu'elle révèle la présence d'un liquide

soit la fluctuation (sensation du déplacement d'un liquide), soit à la surface, comme lorsqu'on pratique le toucher dans le pharynx, le rectum, soit en refoulant successivement le liquide avec les doigts des deux mains, soit enfin en frappant au niveau de la collection liquide d'une main, tandis que l'autre, appliquée à une certaine distance, perçoit le choc du liquide foulé.

On peut percevoir la fluctuation au niveau des sutures dans l'hydrocéphale chronique, mais elle ne saurait démontrer si le liquide est intra-ara-noïdien, ou bien intra-ventriculaire avec amincissement du tissu cérébral. — On peut aussi obtenir la fluctuation au niveau des espaces intercostaux, comme dans l'épanchement pleurétique; mais elle y est difficile à produire et ne peut être obtenue que dans des conditions exceptionnelles (Voy. POITRINE). Corvisart a considéré comme un signe d'hydro-péricarde. — Mais c'est surtout au niveau du péricône, dont les parois molles se prêtent plus facilement à ce mode d'examen, que la fluctuation est fréquemment constatée. On peut l'y produire artificiellement, dans la péritonite chronique, dans l'hydropisie de la vésicule



biliaire, dans la *réten-tion d'urine* dans la vessie, ou dans l'*hydropisie* ré-ti-née (Voy. RÉTENTIONS), dans certains kystes de l'ovaire. La fluctuation est le plus souvent obscure au niveau des kystes hydatiques.

**FLUX.** — L'écoulement plus abondant que dans l'état normal des liquides des sécrétions ou des excré-tions a été désigné sous le nom générique de *flux* par les anciens, qui en ont fait le caractère principal d'une classe nombreuse de maladies particulières. Mais l'anatomie pathologique nous a montré que plus souvent, les flux sont des signes de maladies plutôt que des affec-tions spéciales, et que le nombre des flux proprement dits, c'est-à-dire indépen-dants de toute lésion locale appréciable de l'organe qui le fournit, doit être con-sidérablement restreint. On ne saurait, en effet, considérer comme de vrais flux les hémorrhagies, le vomissement, le choléra, la dysenterie.

On admet de nos jours comme flux non symptomatiques, lorsque par exa-men on a pu écarter toute condition organique appréciable comme point de départ de l'excès d'excrétion, la *salivation* ou *sialorrhée*, la *bronchorrhée*, la *gastrorrhée*, la *diarrhée* et certains *flux bilieux*, la *polyurie*, la *ménor-rhée*, la *leucorrhée*, la *galactirrhée* et l'*éphidrose* ou sueur morbide.

Les flux symptomatiques sont quelquefois salutaires, lorsque, par exem-ple, ils constituent des crises heureuses, ce qui est infiniment plus rare qu'on le pensait autrefois. Les flux idiopathiques abondants dus à des émotions violentes, l'action du froid et à d'autres causes mal déterminées, sont habituellement suivis de troubles de la santé et en particulier d'une faiblesse générale plus ou moins prolongée. C'est ce qui a été constaté par N. Guéneau de Mussy, chez une femme atteinte d'un flux laiteux (galactirrhée), dont il a publié l'observa-tion (*Arch. de méd.*, 1856, t. VII) et à propos de laquelle il a fait remarquer qu'on ne peut admettre qu'il y a des flux morbides qu'à la condition qu'ils ont pour conséquence des désordres dans la santé.

**FLUXIONS.** — Voy. CONGESTIONS.

**FOIE.** — La situation du foie dans l'hypochondre droit, chez l'homme, est essentielle à bien connaître, attendu que ses déplacements et les varia-tions pathologiques de son volume fournissent des données diagnostiques d'une grande valeur.

Ses limites inférieures, dans l'état physiologique, sont le rebord inférieur des fausses côtes droites, sauf au niveau de l'épigastre, dont la partie supérieure est occupée par le lobe gauche du foie. Mais ses limites supérieures ne sauront être déterminées sur le vivant que d'une manière approximative par la percus-sion, le niveau de la convexité supérieure du foie étant éloigné des parois costales. On est donc réduit à tenir compte de la matité réelle que donnent les parties du foie les plus voisines des parois thoraciques, pour juger de ses limites supérieures, que l'on pourra supposer toujours plus élevées en réalité. D'après les recherches de Monneret (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXIX), chez un homme sain couché sur un plan horizontal, la matité hépatique commence à quatre centimètres au-dessous du mamelon droit, et la ligne qu'elle forme descend rapidement de ce lieu vers la pointe du sternum, et au contraire s'abaisse à mesure en se portant en dehors et en arrière. Monneret propose aussi, pour apprécier la limite supérieure du foie, d'utiliser la ligne inférieure où cesse la vibration thoracique du poumon droit au niveau de la gouttière costo-diaphragmatique, mais, de son aveu même, la ligne de vibration est inférieure de quatre centimètres à la ligne de matité; en sorte qu'on ne saurait mieux faire que de se tenir aux résultats de la percussion, ainsi qu'à la palpation du lobe gauche de l'épigastrique chez les sujets très-maigres, pour juger du volume normal du

Il faut pas oublier d'ailleurs que, chez les très-jeunes enfants, le foie est beaucoup plus volumineux que chez l'adulte, et qu'il déborde le rebord supérieur des côtes droites à la percussion et à la palpation. Suivant Frérichs, consacré le chapitre III de son *Traité des maladies du foie* à l'exploration de l'organe, le niveau supérieur de la partie du foie en rapport avec les côtes thoraciques serait : au niveau du sternum, la base de l'appendice costal; au-dessous du mamelon, la sixième côte; au-dessous de l'aisselle, la septième côte; et près de la colonne vertébrale, la onzième. La limite vraie de la partie supérieure du foie se trouve dans le cinquième ou sixième espace intercostal en avant et dans le septième au niveau de l'aisselle (*Traité prat. des maladies du foie*, trad. par Duménil et Frérichs, 1863). Le même auteur a décrit le déplacement du foie sans rotation en avant sur lui-même comme pouvant en imposer pour une hypertrophie, (fig. 66). Pour ma part, j'ai observé un cas de ce genre sur une

personne en l'état pathologique, la situation du foie peut changer, soit par un refoulement vers la poitrine, où j'ai vu sa matité remonter jusqu'au niveau de la deuxième côte, soit suite d'une ascite, soit par un refoulement vers l'abdomen, soit par un débordement plus ou moins considérable, par suite d'épanchements pleuraux, dans les plèvres ou le péricarde, comme le montrent les figures 67, 68 et 69, empruntées à l'ouvrage de Frérichs, ou par suite d'un emphysème pulmonaire ou de tumeurs intra-pectorales considérables. Mais ce sont surtout les augmentations de volume propres du foie qui lui font franchir inférieurement les côtes. Le rebord inférieur peut descendre alors jusqu'au niveau de l'os iliaque du côté droit.

**Maladies.** — Dans l'énumération que je vais faire des affections du foie, j'ai fait abstraction de celles des voies BILIAIRES, avec lesquelles il ne faut pas confondre; je ne m'occupe pas non plus des affections hépatiques qui ne sont qu'à l'état d'hypothèses, comme la cholestérémie (*Voy. ce mot*).

Le foie est atteint de CONGESTION, d'inflammation (HÉPATITE), d'abcès, de thrombose de la veine porte, de gangrène (Budd), de l'affection mal définie sous le nom de *jaunisse grave*, de CANCER, de TRANSFORMATION graisseuse ou *lipomatose*, de CIRRHOSE, de kystes hydatiques, et plus rarement de kystes

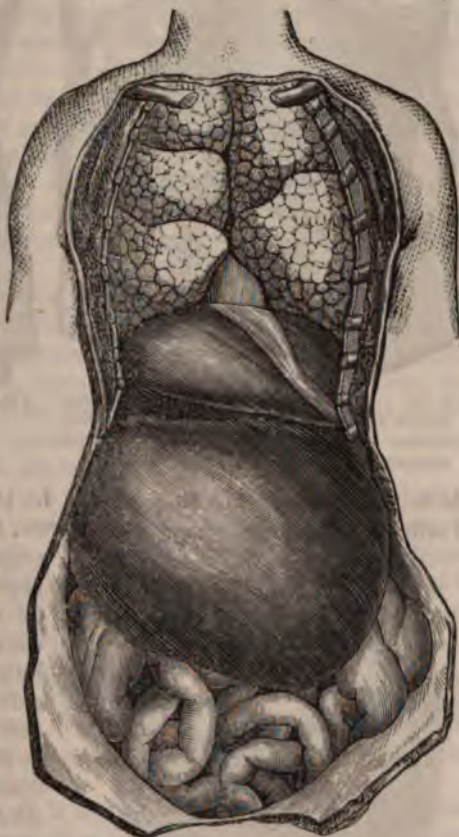


Fig. 66. — Basculement du foie d'arrière en avant simulant une hypertrophie.

simples, d'**HYPERTROPHIE** ou d'**atrophie** indépendantes d'une des lésions. Enfin certains auteurs admettent, tandis que d'autres nient l'e

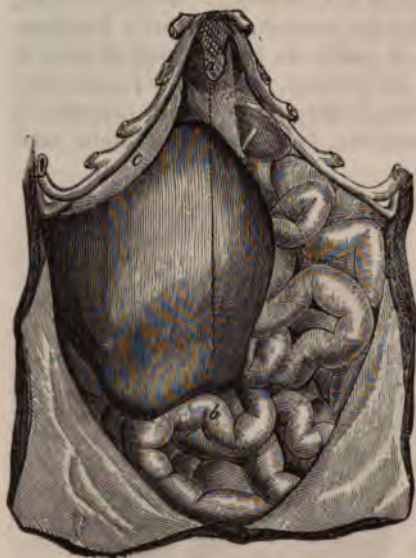


Fig. 67. — Foie refoulé par un épanchement pleurétique du côté droit. — *a*, appendice xiphoïde. *b*, bord antérieur du lobe droit. *c*, diaphragme déprimé en bas (Frérichs).



Fig. 68. — Situation du foie déplacé par un épanchement dans la plèvre gauche (Frérichs).

de la **névralgie** du foie (hépatalgie). La plupart de ces affections sont traitées dans des articles particuliers auxquels je renvoie. Mais le foie est quelquefois

siège de lésions ou de troubles fonctionnels dépendant d'une autre affection. Tel est son développement dans la cachexie splénique et dans l'affection lithiasique constitutionnelle du foie chez les enfants du premier âge; tels sont encore les phénomènes qui caractérisent la fièvre pernicieuse dite hépatocystique. Graves, dans sa *Clinique médicale* (t. I, 30<sup>e</sup> leçon), dit avoir rencontré huit ou neuf cas d'arthrite pendant le cours de laquelle sont survenus, à un certain moment, au bord d'une hépatite avec ictère, des éruptions urticaires. La cause de cet enchevêtrement d'accidents est inconnue.

Enfin le foie peut encore être le siège de lésions simplement anatomiques, c'est-à-dire ne donnant lieu à aucun signe pendant la vie, et dont il ne peut être traité dans cet ouvrage. Parmi les lésions latentes que l'on rencontre

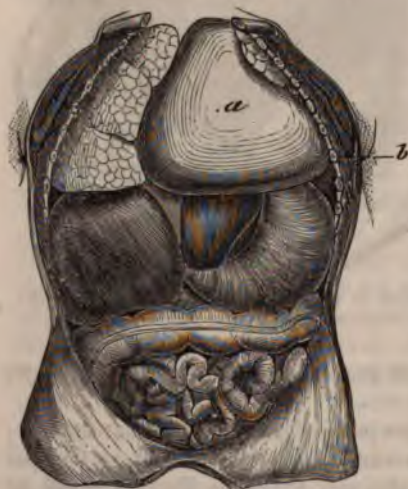


Fig. 69. — Situation du foie déplacé par un épanchement considérable dans le péricarde. — *a*, péricarde, *b*, sixième cote.

le foie à l'ouverture des corps, sont : l'**APOPLEXIE** du foie, son **emphysème**, les **concrétions biliaires** se développant dans son parenchyme, la **dégéné-**



écée, qui y est plus fréquente que dans tout autre organe, suivant Wagner (p. 273), les *infarctus* (Voy. EMBOLIES), le tissu érectile et les masses niques et adipocireuses.

*Symptômes ou signes.* — Les phénomènes séméiologiques qui révèlent l'existence des maladies du foie énumérées plus haut, sont loin d'être tous gnomoniques.

Cela même qu'une *douleur* occupe la région du foie, il faut se garder de croire qu'elle a son point de départ dans cet organe, car elle siège souvent, indépendamment de toute affection hépatique, au niveau de la peau ou des nerfs qu'elle recouvre (névralgie), au niveau des parois thoraciques, du plevre, des attaches du diaphragme ou du diaphragme lui-même, au niveau des voies biliaires ou du péritoine voisin du foie. La preuve la plus concluante que la douleur siège dans le foie, c'est que la pression l'augmente considérablement lorsqu'elle s'exerce sur la partie de l'organe qui déborde les côtes, supposant augmenté de volume. La percussion de l'hypochondre produit une douleur par commotion qui aurait fait reconnaître une fois à Cruveilhier l'existence d'un abcès latent du foie (Arch. de méd., 1857, t. IX, p. 55). La compression douloureuse de l'hypochondre avec la main appliquée à plat n'est d'être toujours probante.

*Symptômes fonctionnels* du foie ne peuvent servir que d'une manière directe au diagnostic. Il en est de même des phénomènes sympathiques qui précèdent les maladies du foie, comme les troubles digestifs. Suivant Monro, qui a confirmé sur ce point l'opinion d'Hippocrate et de Galien, des hémorragies variées, principalement des épistaxis, jointes à d'autres phénomènes caractéristiques d'une maladie du foie, constituent un signe d'une certaine valeur (Mém. méd.-chir., 1849, et Arch. de méd., 1854).

Les produits sécrétés par le foie (bile et glycose) intéressent principalement le médecin au point de vue du diagnostic. Depuis les travaux de Cl. Bernard, la connaissance de la *glycose* est, en effet, considérée comme le point de départ d'un diagnostic absolu de la présence du sucre dans les urines (GLYCOSURIE); et la connaissance de la sécrétion ou le cours sont troublés, donne lieu à des phénomènes remarquables : à l'ICTÈRE, à des *flux bilieux*, à la *décoloration des fèces*. Il est à remarquer que le premier et le dernier de ces signes sont plus souvent les conséquences d'une lésion des voies biliaires que du foie lui-même. L'ictère, que révèle immédiatement l'inspection de la peau, est aux affections hépatiques ce que le vomissement est à celles de l'estomac : un signe hybride dont il est quelquefois difficile d'établir la véritable origine.

*Exploration.* — L'inspection de la région du foie fournit quelquefois des renseignements importants. Ce sont : l'augmentation de l'hypochondre droit, augmentation dans certains cas une forme particulière (Voy. TUMEURS); des *tuméfactions inflammatoires* limitées et fluctuantes, dont la cavité communique avec un abcès du foie; des *plaies fistuleuses* conduisant à ces abcès, ou des *CICATRICES* indiquant une ancienne lésion spontanée ou provoquée par l'emploi des caustiques. La *palpation* est d'une grande ressource comme moyen explorateur du foie lorsqu'il déborde inférieurement les fausses côtes. D'après ce que j'ai dit du volume augmenté de cet organe, on ne sera pas surpris si je dis qu'il faut quelquefois chercher le rebord du foie à la partie inférieure de l'abdomen, du côté droit. Dans les cas où l'augmentation du ventre et surtout de l'hypochondre droit fait soupçonner cette augmentation de volume, on cherchera dans les parties non résistantes de l'abdomen, et, en partant de ces points, exercera des pressions successives et graduées en remontant vers les parties

supérieures, où l'on rencontrera le bord tranchant du foie. On constatera la régularité ou les irrégularités de ce bord, de même que l'on percevra, en palpant toute la partie de l'organe accessible à l'exploration, l'uniformité ou les irrégularités des selures qui peuvent exister à sa surface.

Le rebord du foie très-augmenté de volume vers l'abdomen remonte ordinairement suivant une ligne oblique qui se dirige de droite à gauche et de bas en haut, vers l'hypochondre gauche.

L'interposition d'un liquide abondant dans le péritoine (ascite) n'empêche pas de constater l'augmentation de volume du foie à la palpation, surtout si l'on comprime brusquement ; le foie ainsi refoulé vient frapper la paroi abdominale par un choc en retour (Trousseau), ou bien l'on arrive directement à l'organe surpris dans son immobilité (Forget).

De ce que le foie déborde les côtes, il ne faut pas conclure toujours qu'il est augmenté de volume, comme je l'ai rappelé plus haut, car il peut n'être que refoulé ou renversé de haut en bas, ou bien déplacé, en conservant son volume normal. On devra donc toujours s'assurer, en pareil cas, de l'état des parties voisines du foie.

La *percussion* de cet organe vient en aide à la palpation. Elle est même le seul moyen de reconnaître le développement anormal de l'organe supérieurement ou vers la poitrine. J'ai dit précédemment combien la matité que fournit le foie dans cette direction peut être considérable et s'élever en hauteur, surtout lorsqu'à son augmentation de volume se joint son refoulement vers le thorax. La percussion fournit un son clair au niveau de la région du foie dans la pleuro-pneumonie, dans certains ictères graves, et dans les cas où le foie déborde les côtes par suite d'un simple déplacement dû à un emphysème pulmonaire, ou bien à un pneumo-thorax du côté droit ; bien plus rarement le son clair résulte d'une tympanite péritonéale ou de la présence de l'air dans un kyste hydatique resté intact, comme Barth et Hardy l'ont signalé à la Société des hôpitaux (nov. 1854).

Cette appréciation du volume et de la position du foie à l'aide de la palpation et de la percussion présente assez souvent de grandes difficultés, dont les causes ont été bien indiquées par Frérichs (*ouvrage cité*). Il fait remarquer avec raison que le volume du foie peut paraître normal et cependant contenir de grandes tumeurs assez volumineuses (carcinome, hydatides) ; que l'organe présente quelquefois des changements notables de forme et de situation sans que son volume soit altéré ; et enfin qu'il est difficile d'établir dans certains cas les limites exactes qui séparent le foie des organes ou des produits pathologiques situés dans son voisinage.

D'autres moyens explorateurs peuvent encore être mis en usage au niveau du foie : l'*auscultation* dans des cas très-rares de communication morbide entre un abcès du foie et les voies aériennes (*Voy. CAVERNEUX [Bruits]*) ; la *MESURE* avec le cytomètre, qui permet d'apprécier les changements de volume du foie qui ne sont pas appréciables à la vue ; les *PONCTIONS EXPLORATOIRES*, et enfin, dans les cas rares de fistules existant au niveau du foie sous le rebord des fausses côtes, l'introduction d'un *stylet*, indiquant la direction du conduit anormal et, jusqu'à un certain point, son siège. On ne saurait trop recommander les plus grandes précautions pour cette dernière exploration, le stylet pouvant rompre des adhérences protectrices.

**FOLIE.** — Je ne me crois pas autorisé, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, à faire une étude minutieuse du diagnostic de la folie, qui constitue presque une science à part. Je me contenterai donc d'exposer les généralités qui me paraissent le plus utiles à la pratique.

• *Éléments du diagnostic.* — Les éléments du diagnostic de la folie doivent être recherchés dans les symptômes actuels, d'abord du côté des fonctions de relation, et secondairement du côté des appareils de nutrition. Comme dans toutes les affections cérébrales, ce sont les fonctions intellectuelles, celles de la sensibilité et de la motilité qu'il faut interroger, en insistant toutefois sur la preuve de ces fonctions.

Les désordres intellectuels, symptômes fondamentaux de la folie, peuvent être généraux ou partiels : distinction capitale en ce que l'une ou l'autre de ces conditions domine la physionomie symptomatique de la maladie.

L'intelligence peut être *généralement troublée*, soit par suite d'une *exaltation* et d'une excitation qui constituent un délire plus ou moins aigu, soit au contraire par une *dépression*, un *affaiblissement* ou une abolition complète des fonctions de l'entendement, qui se rencontrent dans plusieurs formes d'aliénation mentale dont je parlerai plus loin, soit enfin par une *perversion* généralisée de toutes les mêmes facultés. Cette exaltation, cette perversion ou cette obtusion générale varient d'ailleurs à l'infini pour le degré d'intensité. Cependant il est une autre qui est beaucoup plus variable encore : ce sont les altérations *partielles* de l'intellect, qui se rattachent par de nombreuses nuances insensibles et imperceptibles à préciser, à des conditions considérées comme raisonnables et physiologiques : c'est une vérité que Leuret a surtout mise en relief. Ces altérations multiples, innombrables dans l'espèce, seront résumées plus loin.

Les lésions des *sensations* se rapportent aux *hallucinations*, aux *illusions* de différents sens, et aux aberrations de la sensibilité qui caractérisent les épilepsies, les succubes, etc. Beaucoup des aliénations qui précèdent suivant les *passions* de chaque individu, et les entraînent quelquefois à des actes irrésistibles et par conséquent involontaires, d'où résultent des accidents en apparence criminelles, mais qui ne sont qu'insensées. Ces actes divers varient d'ailleurs à l'infini et sans avoir ordinairement des conséquences graves.

La *motilité* présente aussi, chez un assez grand nombre de sujets, des troubles particuliers dont les principaux sont les suivants : une agitation passagère ou continue, des mouvements bizarres ou désordonnés, des grimaces, des tremblements partiels ou généraux, des contractures, des convulsions ou des paralysies. Enfin l'*insomnie* accompagne très-souvent la folie, surtout lorsque celle-ci est encore assez récente.

Les *fonctions de nutrition* ne présentent que des données très-secondaires pour le diagnostic. La fréquence du pouls, si bien étudiée par Leuret avec Mitivier et Foville, est en général plus grande que dans l'état normal ; mais la moyenne de cette fréquence, qui varie suivant les formes d'aliénation, est peu élevée (82). L'appétit est variable, naturel, diminué, ou changé en véritable voracité ; certains malades refusent de manger par suite de conceptions délirantes ; il y a parfois des alternatives de constipation et de diarrhée, une salivation habituelle ; tantôt il existe un marasme général, et tantôt une obésité plus ou moins prononcée.

• *Inductions diagnostiques.* — Malgré les nombreux éléments de diagnostic que je viens d'indiquer rapidement, le délire général ou partiel et l'affaiblissement ou l'abolition des facultés intellectuelles qui constituent la folie ne se laissent tellement tranchés dans leurs caractères, qu'il soit toujours facile de distinguer des troubles intellectuels analogues qui s'observent comme symptômes ou complications accidentelles dans le cours d'un grand nombre de maladies. S'il est certaines formes de folie, en effet, qui dès l'abord se distin-



guent de toute autre affection, il en est d'autres où il est très-difficile de prononcer. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si l'on a affaire à la folie générale ou partielle doit toujours être le point de départ du diagnostic.

A. — Lorsqu'il y a altération générale des facultés de l'entendement, on a affaire à la manie, à la démence avec ou sans paralysie générale, ou à la idiotie.

La *manie* se reconnaît à l'exaltation ou à la perversion expansives des fonctions intellectuelles, de la sensibilité et de la myotilité. Cette forme de folie est facilement confondue avec le délire aigu ou furieux qui survient dans certaines fièvres continues graves, ou dans des fièvres intermittentes pernicieuses, et peut dire qu'il n'existe pas d'asile d'aliénés où une erreur de ce genre n'ait adresser des malades victimes de cette triste méprise, à la suite de l'affection typhoïde, par exemple.

Comment faire pour ne pas tomber, en pareils cas, dans l'erreur, erreur grave, puisque l'on peut attribuer à un individu, et lorsqu'elle n'existe pas, une maladie considérée en général par les familles comme une sorte de honte? D'abord les caractères du délire en eux-mêmes sont insuffisants pour établir le diagnostic différentiel, puisque ce sont précisément ces caractères qui donnent lieu à confusion; aussi est-ce avec raison que plusieurs observateurs autorisés ont regardé comme identiques dans beaucoup de circonstances les deux espèces de délire, que l'on peut appeler le délire des maladies et le délire de la folie. Il faut donc tenir compte de l'ensemble des éléments du diagnostic et non seulement des symptômes actuels, pour arriver à déterminer s'il y a vraie folie; et encore existe-t-il des cas où l'on n'arrive pas à résoudre le problème. Une des particularités distinctives indiquées principalement entre les deux espèces de délire est l'existence préalable ou l'absence d'une maladie pouvant donner lieu au trouble de la raison; car lorsque cette maladie existe, on peut présumer qu'il s'agit d'un délire symptomatique aigu ou chronique. Cependant une maladie récente ou actuelle peut se compliquer d'une véritable folie chez des individus prédisposés, et cette prédisposition est une question toujours délicate et difficile à résoudre. En définitive, c'est principalement la marche ultérieure du délire qui sera le meilleur caractère distinctif. Le délire symptomatique, en effet, diminue graduellement ou rapidement en diminuant; le délire véritablement maniaque, au contraire, tend à persister outre mesure, à s'aggraver, et parfois à se transformer en une forme plus fâcheuse, la démence. L'absence de toute maladie précédant le délire est une condition dont la signification est des plus nettes, car elle doit faire admettre que ce délire caractérise l'aliénation mentale; cependant ici encore on se prononcera avec réserve; car si l'influence de l'hérédité ou l'action d'une cause morale puissante permettent de croire à la folie, il peut arriver qu'une maladie méconnue ou latente soit le point de départ du délire: tel est celui que produit l'intoxication paludéenne chez des sujets qui habitent des contrées maremmeuses ou qui y ont séjourné; tel est le cas, dans d'autres intoxications, celui de l'hystérie.

Il est d'autant plus important de reconnaître la véritable origine du délire paludéen, qu'il survient par accès, et que, le premier passé, le second peut enlever rapidement le malade.

C'est sans doute à des délires analogues que l'on a appliqué la dénomination de folies intermittentes périodiques, dont la guérison par le sulfate de quinine révèle la nature.

La *démence* ou affaiblissement intellectuel, qui offre un grand nombre de formes, peut ne consister d'abord que dans la lenteur ou la paresse des fonctions

, principalement de la mémoire, qui fait de plus en plus défaut. Il y a une incohérence de plus en plus grande, qui peut se manifester dans l'écriture, une indifférence de plus en plus remarquable vis-à-vis des personnes, et un défaut complet de spontanéité et de mouvement accompagne souvent la paralysie générale et succède fréquemment à diverses autres formes de folie. L'affaiblissement intellectuel qui se voit à la suite des maladies aiguës graves, et qui n'est habituellement que temporaire, ne saurait être confondu avec la véritable démence, qui est permanente et habituellement irrémédiable.

La folie constitue seulement l'imbécillité ou l'idiotie plus ou moins complètement facile à reconnaître, que je n'ai pas à y insister. L'oblivion intellectuelle qui la caractérise date de la première partie de la vie intra-utérine, et résulte d'une lésion cérébrale : ces faits ne permettent pas de lui assigner sa place dans le cadre nosologique et pour la distinguer des autres espèces d'aliénation mentale.

Les cas de *délires partiels*, qui sont caractérisés par la limite, ceux qui résultent de la folie (*monomanies*) sont aisément distingués des délires symptomatiques ou sympathiques qui se montrent comme complications ordinaires des maladies. La véritable monomanie se caractérise par une fièvre et survient spontanément; elle a le plus souvent une marche aggrave souvent, tandis que le délire partiel symptomatique, survenant à la suite d'une maladie aiguë grave, ne persiste pas longtemps et disparaît graduellement, comme j'en ai observé deux exemples dans l'affection typhoïde. C'étaient des conceptions délirantes étranges qui tourmentaient les malades, mais qui disparurent spontanément environ deux semaines après leur apparition.

Il peut arriver, comme pour les délires aigus, que la maladie suscite chez un sujet prédisposé, l'apparition d'un délire partiel que l'on doit considérer comme une aliénation mentale; et ici encore on n'a, comme critérium de la folie, que la marche passagère ou permanente des accidents déli-

La folie revêt des formes extrêmement variées qui sont presque toutes comprises sous le terme d'*hérédité limitée des idées*, les *conceptions délirantes*, les *hallucinations*, et la *stupidité* de Georget et de Ferrus, dénommée *avec stupeur* par Baillarger, sont les monomanies principales. Et même les subdivisions plus ou moins importantes, elles me paraissent appartenir à deux classes, attendu qu'elles sont uniquement fondées sur l'espèce d'idée ou sur l'espèce de sensation, de sentiment ou d'instinct pervertis. Quant à la stupidité, elle est rangée par quelques aliénistes parmi les monomanies, depuis que Baillarger a signalé l'activité réelle de l'esprit dans l'aliénation, activité se traduisant par les hallucinations, les défiances chimériques.

Comme il est bien constaté, il est urgent d'en rechercher la cause, qui est si variable. Il y a d'ailleurs peu de données étiologiques dont la connaissance puisse venir en aide au diagnostic. L'*hérédité* qui se rencontre chez les aliénés pauvres et chez plus de la moitié des riches (Esquirol), le *caractère*, l'*ÉPILEPSIE*, dont les accès sont souvent suivis de délire, l'*état puerpéral*, sont des conditions dont on devra tenir compte comme causes prédisposantes.

Il paraît aussi que la maladie se développe chez les deux sexes, et qu'elle avance dans la vie, plus il est disposé à la perte de la raison.

(Esquirol, Leuret). Parmi les causes occasionnelles, je citerai principalement l'*abus des boissons alcooliques* (Voy. ALCOOLISME), l'*allaitement prolongé* (Marcé), les *pertes séminales involontaires* (Lisle), les *inflammations catarrhales*, les *coups sur la tête*, les *fièvres graves*, même le *rhumatisme* (Mesnet), et surtout les *causes morales*, qui sont les plus nombreuses.

Il me reste à exposer, après les généralités qui précèdent, quelques remarques sur la folie simulée ou dissimulée, sur les lésions, sur les complications, et sur le pronostic de l'aliénation mentale.

La *simulation de la folie* pourra échapper facilement à l'observation, le médecin n'a pas de connaissances spéciales qui lui rendent familière l'état de l'aliénation mentale. S'il est suffisamment compétent, au contraire, il évite de tomber dans le piège en s'appuyant sur l'examen du malade, qu'il soumet à plusieurs interrogatoires, à une observation suivie, surtout à l'insu de l'individu et en tenant compte des détails d'une enquête minutieuse sur les faits passés. C'est en ayant égard à l'ensemble des phénomènes, en pesant la valeur de certains symptômes et en constatant ceux qui ne sauraient être simulés seulement, que l'on pourra démêler en pareil cas la vérité. La stupidité sera des formes les plus souvent simulées, suivant Snell (d'Eichberg).

La sagacité du médecin compétent saura plus facilement encore discerner la folie *dissimulée*, qui n'est pas si rare qu'on pourrait le croire, surtout dans les asiles d'aliénés, où les efforts de certains malades, dont la raison n'est pas complètement altérée, tendent vers un but ardemment désiré : la liberté.

Tous les genres de folie peuvent exister sans *lésions matérielles* appréciables ; c'est un fait facilement constaté par les aliénistes qui ont fréquemment l'occasion de faire des nécropsies. Aussi, quoique certaines lésions soient fréquentes dans des formes particulières d'aliénation, comme le ramollissement de la *corde corticale* du cerveau dans la folie avec paralysie générale, ces lésions n'étant pas constantes ni spéciales, on ne saurait se baser sur elles pour distinguer les différentes espèces d'aliénation mentale, ni par conséquent chercher à établir un diagnostic anatomique de la maladie.

Je viens de parler de la paralysie générale ; c'est le plus souvent une *complication* de l'aliénation mentale, complication redoutable qui mérite toute l'attention du médecin (Voy. PARALYSIE GÉNÉRALE), mais qui peut aussi précéder la folie, comme l'ont établi les recherches modernes. Les *maladies incidentes* surviennent chez les aliénés, et qui ne peuvent pas être considérées, à proprement parler, comme des complications de l'aliénation mentale, empruntent souvent des caractères particuliers à cette coïncidence. Beaucoup, par exemple, ont une marche latente et passent souvent inaperçues parce que l'on n'est pas assez attentif à explorer suffisamment le malade ; telles sont certaines phthisies pulmonaires, la pneumonie, la pleurésie chronique, la péricardite, etc. — Par sa fréquence (la moitié des cas, suivant Calmeil), la *colite* chronique des aliénés mérite une mention particulière. Dans l'asile de Clermont (Oise), je l'ai vue très-souvent associée, surtout pendant le printemps, à l'espèce de *pellagre* endémique décrite par Billod (*Arch. de méd.*, 1858) et qui m'a paru toujours être le résultat de l'insolation.

3° Le *pronostic* de la folie présente un fait général d'une grande importance pratique et sur lequel Esquirol a attiré l'attention : c'est que la terminaison favorable est généralement d'autant plus à espérer que la maladie est plus récente. Par conséquent, la folie aiguë est beaucoup plus souvent curable que la folie chronique. La manie est la forme qui guérit le plus fréquemment, puis la monomanie et principalement la lypémanie. Esquirol considère comme des

heures heureuses pour la guérison de la folie la persistance de dérangements dans les fonctions de la vie de nutrition, et l'action passagère des causes les. Il signale, au contraire, comme conditions défavorables expliquant l'instabilité : l'intégrité des fonctions assimilatrices sans diminution du délire, la prolongée des causes morales, les excès d'étude surtout avec des écarts de morale, la prédominance des idées religieuses ou d'orgueil et des hallucinations, la conscience de l'existence de la folie, l'obtusion prononcée de la sensibilité qui permet à l'aliéné de fixer le soleil, etc., et le plus souvent l'existence d'une démence, qui ne guérit presque jamais, surtout lorsqu'elle est chronique. La folie et la paralysie générale sont des coïncidences qui rendent la folie souvent mortelle, sauf dans des cas très-exceptionnels, du moins pour l'épilepsie comme j'en ai rappelé un exemple (p. 376), dans lequel une démence ne s'est guérie sous l'influence de la disparition des accès épileptiques. La folie héréditaire expose principalement aux récidives.

**ACNÉ.** — Voy. ACNÉ et VULVITE.

**SYMPTÔMES (Symptômes).** — Voy. EXAMEN DES MALADES.

**ÉTAT DES.** — Envisagé d'une manière générale, l'état des forces est subordonné aux causes qui peuvent influer sur l'action musculaire, soit en dehors de mesure, soit, au contraire, en la déprimant, soit enfin en donnant une perversion manifeste de cette action.

L'état général des forces est exagéré dans l'agitation ou la fureur délirantes, dans les affections convulsives généralisées. On sait combien il est souvent difficile, en pareil cas, de maintenir les patients, et combien le degré de résistance qu'ils opposent est parfois extraordinaire relativement à l'état habituel de leur force musculaire. Cette énergie excessive des mouvements n'a d'ailleurs par elle-même qu'une signification secondaire, vis-à-vis du délire et des convulsions. La diminution générale des forces est beaucoup plus commune que leur exagération. Elle est habituelle chez les vieillards (Voy. AGES, p. 23). L'affaiblissement, l'abattement, la prostration, l'adynamie, le collapsus, en constituent autant de degrés différents, qui sont maintes fois la première donnée du diagnostic. Le seul du malade révèle son degré de prostration.

L'existence des forces musculaires en a imposé longtemps pour un affaiblissement paralytique; mais de nos jours, on se rend mieux compte de cette action, et l'on sait que certaines lésions du cervelet, un assez grand nombre d'affections dites *paralysies générales*, et la maladie, encore obscure dans son essence, que Duchenne (de Boulogne) a appelée *ataxie locomotrice*, présentent une perversion des forces musculaires générales.

L'état des forces est un des éléments des phénomènes généraux des maladies. Il faut donc établir que, dans les *maladies aiguës*, l'état des forces est influencé principalement par la fièvre. L'intensité de la fièvre produit, en effet, soit une exagération, ou un accroissement insolite, ou une dépression plus ou moins marquée des forces; mais ce sont surtout les fièvres proprement dites, constituant les *maladies générales graves*, qui ont une influence marquée sur l'état des forces. Elles les dépriment souvent dès le début d'une manière tellement notable que la prostration est alors d'une valeur séméiologique très-grande. C'est, par exemple, ce qui arrive au début de la fièvre typhoïde, du typhus, de la rage, etc., dont les premiers symptômes ne sont nullement en rapport avec le degré d'abattement et de faiblesse que présente ordinairement le malade. Il n'est donc pas nécessaire de chercher à faire une énumération particulière de toutes les *maladies aiguës* dans lesquelles les forces sont notablement altérées. La prostration adynamique est surtout fréquente chez les vieillards.

Dans les *maladies chroniques*, la dépression des forces peut exister au début, comme on le voit dans le *scorbut*. La faiblesse est prononcée dans le *rachitisme* et même dans la *nostalgie*. Mais ce sont principalement les affections dans lesquelles l'organisme subit des pertes incessantes qu'il ne peut parer, ou bien dans celles qui entraînent une cachexie graduelle dont l'intime reste un mystère, que la perte graduelle des forces est incessante. Elle reste ordinairement plus ou moins stationnaire après ses premiers accès dans les cas si fréquents d'anémie; toutefois elle n'est que temporaire de pertes accidentelles de sang.

Dans la *convalescence* des maladies, l'état des forces présente ce que leur retour est d'autant plus rapide que la maladie a été de plus courte et au contraire, d'autant plus lent que la maladie a été plus prolongée et plus grave.

**FORME.** — Voy. INSPECTION.

**FOSSE ILIAQUE.** — Voy. ILIAQUES (Régions).

**FOSSES NASALES.** — Voy. NASALES (Régions).

**FOURMILLEMENTS** ou **FORMICATIONS.** — Les fourmillements que les malades accusent dans les extrémités, et principalement dans les extrémités inférieures, consistent en des sensations diverses plus ou moins vives, puisqu'ils peuvent ressembler à des piqûres d'aiguilles multipliées. ordinairement les fourmillements coïncident avec une diminution de la sensibilité cutanée au même niveau. Ils sont parfois généralisés à une des extrémités ou limités à la zone de l'épanouissement d'un nerf, au niveau de l'annulation du petit doigt d'une main, par exemple.

Les fourmillements qui occupent avec persistance les deux extrémités inférieures simultanément doivent faire redouter une affection de la moelle. Ces fourmillements sont aussi un signe de la *méningite rachidienne* et des *pertes séminales* involontaires. Dans une extrémité supérieure ils peuvent faire penser au début d'un ramollissement cérébral, mais ce signe n'est isolé au début de la maladie, ne tarde pas à être accompagné, s'il ne l'est d'abord, d'autres signes d'une grande importance, tels que douleurs locales au niveau de la lésion, des contractures ou bien des paralysies, la myotilité et de la sensibilité. En pareil cas, la valeur des fourmillements et des engourdissements n'est plus que secondaire. Il en est de même des fourmillements résultant de l'oblitération artérielle ou veineuse des membres.

Enfin les fourmillements, après s'être limités aux extrémités supérieures ou inférieures, envahissent ensuite tout le corps dans l'*ergotisme convulsif*. Ils sont alors le signe de l'absence de lésions matérielles. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les fourmillements peuvent se rencontrer dans une foule d'autres cas où il n'y a pas de lésions, et que, de même que la paralysie, ils ne sont qu'un signe de névroses. Il faudra donc se garder de se prononcer immédiatement sur la signification des fourmillements des extrémités, et tenir compte de l'ensemble de toutes les données qui pourront servir au diagnostic.

**FRACTURES.** — Je n'entends rappeler sous ce titre que les fractures spontanées qui s'opèrent subitement : dans l'*ostéomalacie* ; au niveau des os altérés par une lésion *cancéreuse* ou *syphilitique*, ou même au niveau des os sains, comme plusieurs observateurs l'ont constaté pour les côtes postérieurement à une *toux opiniâtre*. Hérard a communiqué un fait remarquable de ce dernier genre à la Société des hôpitaux. Malgaigne, et Casper (qui regarde la grossesse comme une cause prédisposante), en ont aussi rencontré d'autres exemples.

**FRAMBOESIA.** — Le frambœsia est connu en Amérique sous le

ou *épien*, et en Afrique sous celui d'*yaws*. Il est caractérisé, sur des surde la peau plus ou moins étendues, par des tubérosités semblables à des végétations rouges, isolées à leur sommet, réunies à leur base sous forme de *bercules* durs et résistants et dont l'aspect et le volume rappellent les oïses ou les mûres. Ces *tubérosités* débutent par de petites *taches* d'un obscur, et une fois développées elles se recouvrent de *squames* sèches, parfois s'ulcèrent, et le liquide sanieux qui s'écoule de l'*ulcération* de mauvaise nature peut se dessécher en *croûtes épaisses* autour des végétations, et les pendant quelque temps méconnaissables. Pour le docteur Ruz, qui a réfréquemment cette affection à la Martinique, elle n'est rien autre chose que lésion syphilitique, ce que son caractère contagieux et inoculable vient prouver. C'est ce double caractère qui empêche de confondre le *frambœsia* et le bouton d'Alep, avec lequel il a une certaine analogie (Voy. BOUTON P).

**FRÉMISSEMENT.** — Le nom de frémissement, donné au simple tremblement musculaire, doit être réservé pour exprimer une *sensation tactile* et par l'application de la main de l'observateur, dont les caractères varient, constitue un signe plus ou moins important. La principale de ces sensations est le *frémissement cataire* ou vibratoire de Laennec, dont il sera plus ultérieurement question dans cet article. On a aussi appelé *frémissement tactile* la sensation de frémissement particulier que donne la percussion de ces tumeurs hydatiques. Enfin on doit ajouter le frémissement que la perçoit au niveau des *poumons*, comme au niveau du *cœur*. Il est à remarquer que, dans ces deux derniers cas, le frémissement a son point de départ dans la séreuse (frottement) ou dans l'organe sous-jacent. Au niveau du cœur, en effet, le frémissement vibratoire imprimé à la main se produit entre les feuillets du péricarde devenu rugueux, ou bien au passage du sang au travers d'indurations ou d'inégalités des orifices. Au niveau des poumons, c'est encore le frottement des feuillets opposés de la séreuse, c'est-à-dire de la plèvre, et tantôt la crépitation de gros râles bulles dans les cavités aériennes, donnent lieu à la production du phénomène.

Il y a différentes espèces de frémissement, dont on pourrait encore augmenter le nombre, mais sans aucun intérêt pour la précision du diagnostic, sont loin d'avoir tous la même importance. Celui de moindre valeur est le frémissement *accidentel*, qui se produit dans les bronches et dans les cavités accidentelles où passe l'air à travers des mucosités (bronchite capillaire généralisée, asphyxie brune bronchique, cavernes pulmonaires). Les frémissements pleurétiques *pleurétiques*, dont il a été question à propos du FROTTEMENT (bruit de) et des CRÊPES, et le frémissement péricardique et cardiaque surtout, ont une bien grande importance.

Le dernier, dénommé frémissement *cataire*, mérite une attention toute particulière. Il donne à la main de l'observateur appliquée à la région précordiale, l'impression d'une succession de frolements ou de frottements plus ou moins forts (suivant son intensité), synchrones avec chaque retour des mouvements du cœur, ainsi que l'on peut s'en assurer en tâtant le pouls du malade, en même temps que l'on explore la région précordiale.

Quand l'on constate le frémissement vibratoire ou cataire à la région précordiale, il faut d'abord établir son véritable siège dans le péricarde ou dans le cœur, car cette distinction a une très-grande importance.

Le frémissement péricardique est plus superficiel, parfois saccadé, et il est sensible à l'auscultation qu'à la palpation.



Le frémissement vibratoire produit dans l'intérieur du cœur, et Laennec a spécialement appliqué la dénomination de *cataire*, paraît plus fond que le frottement péricardique; il est uniforme et sans saccade à l'auscultation, son intensité, au lieu d'augmenter, diminue, parfois même se transforme en souffle. Dans les deux variétés de frémissement, l'auscultation fournit d'ailleurs les caractères différentiels des bruits anomaux qui accompagnent alors le frémissement vibratoire (*Voy. FROTTEMENT*, p. 421).

Ces caractères différentiels ne doivent pas être oubliés, car il n'est pas d'avoir à décider la question de siège du bruit anormal, et cette question est toujours grave; car il s'agit de déterminer si l'on a affaire à une péricardite ou à une lésion chronique profonde des valvules du cœur. La péricardite, en effet, est ordinairement curable ou en voie de résolution, tandis qu'une valvulaire est essentiellement incurable et progressive.

**FRIGIDITÉ.** — Appliquée aux fonctions génitales, cette dénomination exprime leur inertie fonctionnelle, même dans les conditions les plus favorables à l'excitation du sens génésique. La frigidité se remarque dans un grand nombre de conditions pathologiques, mais elle n'a d'importance que dans un petit nombre de circonstances et notamment chez les sujets atteints de *seminalis involontaires*, et chez ceux qui ont été soumis à l'intoxication par le *sulfure de carbone*. Dans ce dernier cas principalement, la frigidité est un symptôme important (Delpech); mais dans les faits rapportés, on ne voit jamais le signe exister isolément et marquer le début de la maladie (*Voy. PERTES SEMINALES, INTOXICATIONS*).

**FRISONS.** — *Voy. FIÈVRE*.

**FROID.** — *Voy. CALORIFICATION*.

**FROISSEMENT PULMONAIRE** (Râle ou bruit de). — Fournet a ainsi désigné un bruit anormal d'auscultation dont les caractères et les conditions organiques ne sont pas parfaitement définis. Il en distingue trois formes : 1° à son plus haut degré, c'est un *bruit de cuir neuf* (se passant dans les bronches aériennes), qui ne diffère du bruit de cuir neuf de la péricardite qu'en ce que son timbre a quelque chose de plus aigu; 2° à un degré moins élevé, c'est une sorte de *bruit plaintif, gémissant*, à intonations variées suivant l'état de la respiration du malade, suivant la force et la rapidité de la respiration; 3° à son troisième degré, qui est le plus faible et le plus fréquemment observé, rappelle tout simplement le *bruit léger, rapide et sec* que l'on obtient en soufflant sur du papier très-fin, comme par exemple le papier sec et tendre nommé papier végétal (*Rech. sur l'auscultation*, 1839). Suivant l'observateur, ce bruit de froissement se produit ordinairement pendant l'expiration, parfois aussi dans l'expiration, mais alors il est moins prononcé qu'à l'inspiration : son intensité est en raison directe de la force avec laquelle le malade respire.

Suivant Fournet, ce bruit anormal s'entendrait principalement dans la partie supérieure du plexus pulmonaire, et serait un signe diagnostique de cette affection dans la première moitié de la première période et au commencement de la seconde. Il n'est toutefois l'avoir rencontré chez une femme dont les poumons étaient fortement comprimés et aplatis par une tumeur du médiastin, et chez une autre malade, au niveau d'une caverne vide, à parois denses et flexibles, ressemblant parfaitement à une lame de cuir, et produisant le bruit de froissement par le mouvement de va-et-vient.

Le râle de froissement pulmonaire serait un bruit sec, indépendant de la sécrétion humide; or, c'est précisément ce que Fournet ne s'est pas

à démontrer, en se contentant de dire que ce bruit résulte du froissement du tissu pulmonaire « luttant avec effort et avec bruit contre l'obstacle de son expansion. » Il ne dit pas, en effet, si la toux modifie ou non le rôle, circonstance qui est cependant capitale; car on peut admettre l'existence de mucosités plastiques comme cause du phénomène, si la toux le fait cesser, tandis que son intégrité après la toux et sa persistance avec les autres d'abord constatés, devraient le faire considérer comme un bruit que l'on croit de tissu, et indépendant de toute sécrétion humide. Quant à moi, j'ai toujours rencontré les bruits variés rangés par l'auteur sous la dénomination de rôle ou bruit de froissement dans la catégorie des rôles plus secs et humides, et par conséquent dans des conditions pathologiques très-variées. Comme bruit respiratoire sec ou de tissu, je n'ai trouvé dans la phthisie, la respiration bronchique, caverneuse ou amphorique, que la respiration que l'on appelle *granuleuse*, mais qui est essentiellement différente par ses caractères variés du bruit de froissement de Fournet (*Voy. GRANULEUSE*), et les bruits de frottement, dans lequel J. Arnould englobe les bruits de *craquement pulmonaire* (Laennec), de *froissement* (Fournet), de *bruit de soupape* (Barth et Roger), de *respiration granuleuse* (Woillez), des *craquements humides* de la phthisie (*Union méd.*, 1864). Cette dénomination, qui a son côté vrai dans certains cas, est exagérée.

**FROLEMENT, FROTTEMENT** (Bruits de). — Quel que soit le siège du bruit de frottement, il exprime toujours le froissement réciproque de deux surfaces plus ou moins rugueuses passant l'une sur l'autre. Il offre des caractères très-variés, depuis le simple *frôlement* jusqu'à la rudesse la plus extrême, que l'on a comparée au bruit du cuir neuf, ou d'une râpe en bois. Il résulte presque toujours de la perte du poli des s  r  uses par suite de l'inflammation.

Le bruit de frottement se constate au niveau des plèvres, du péricarde, du col utérin ou de la tunique vaginale.

**LEVRES.** — Le bruit de frottement pleurétique, signalé par Honoré et par Reynaud (*Journ. hebdom. de méd.*, 1829, né 65), s'entend à l'auscultation surtout dans l'inspiration, plus rarement dans les deux temps, et quelquefois seulement à la fin des longues inspirations. Il siège tantôt en dehors de la poitrine, où l'amplitude plus grande des mouvements respirateurs le fait plus facilement constater, tantôt en avant dans la région sous-claviculaire, tantôt à l'écartement vers le sommet ou vers la base. Il est rarement généralisé. Il m'a paru offrir quatre degrés différents, caractérisés : 1   par un simple *frôlement*; 2   par un *bruit in  gul analogue à un rôle obscur*, ce qui lui a fait donner le nom de *bruit de frottement-r  le* par Damoiseau (*Arch. de méd.*, 1843); 3   par un *bruit s  c et saccadé*, produisant parfois un frémissement sensible à l'application de la main; 4   enfin par un *bruit très-intense*, que l'on a comparé à la vibration osseuse, et qui non-seulement donne lieu à un frémissement vibratoire à la palpation, mais qui est perçu par le malade lui-même et par l'oreille du malade à une certaine distance de la poitrine.

On ne peut méconnaître l'existence du bruit de frottement pleurétique que dans les deux premiers cas, où l'on croit quelquefois avoir affaire à un rôle. Cette erreur n'est pas inévitable, comme l'a avancé Trousseau (*Soc. des méd.*, mai 1859); car les conditions dans lesquelles se montre le bruit de frottement (*début et résolution de la pleurésie*), la persistance de ses mêmes caractères pendant plusieurs jours et malgré les secousses de toux, l'absence de toux spontanée et surtout d'expectoration, suffisent parfaitement

pour faire rejeter l'existence d'un râle humide dont le caractère essentiel d'être sensiblement modifiable par la toux, par l'expectoration et par les grès de la maladie.

Les conditions organiques et pathologiques du bruit de frottement plastique sont la perte du poli normal des surfaces opposées de la séreuse, dont les feuillets sont encore mobiles l'un sur l'autre dans les mouvements respiratoires. Cette perte de poli est principalement l'effet de l'inflammation de la plèvre (*pleurésie*), et le bruit de frottement qui en résulte indique que les deux feuillets de la séreuse sont contigus, et par conséquent qu'il n'y a pas encore ou qu'il n'y a plus d'écartement de ces feuillets par un liquide épanché.

Le bruit de frottement, avec une simple douleur thoracique comme anodin, peut révéler une pleurésie ne s'annonçant par aucun autre phénomène. Le malade continuant à vaquer à ses occupations. Louis m'a dit avoir observé des faits de cette espèce, et j'en ai recueilli plusieurs exemples. On a signalé aussi la *pneumonie*, l'*emphysème interlobulaire* du poumon, les *tubercules superficiels*, et des *altérations organiques* de la plèvre comme pouvant produire le bruit de frottement; indépendamment de l'inflammation; mais ce n'est là des cas au moins exceptionnels et dans lesquels on a dû confondre son le bruit qui m'occupe avec celui de la respiration GRANULEUSE (Voy. ce mot).

B. PÉRICARDE. — Ici le bruit de frottement, siégeant à la région précordiale, présente d'ailleurs les mêmes caractères que celui qui se produit au niveau de la plèvre; seulement il est isochrone avec les mouvements du cœur, et celui des plèvres l'est avec les mouvements respiratoires. Et de même que le frottement pleurétique est quelquefois confondu avec un râle intra-pulmonaire, de même le frottement péricardique est pris parfois pour un souffle ou un bruit de frottement intra-cardiaque ou valvulaire. Il présente dans certains cas une particularité distinctive qui est caractéristique : c'est d'être constaté pendant le décubitus latéral du malade et de disparaître dans la station assise par suite du nivellement du liquide qui est caché derrière le cœur dans le décubitus, et qui s'interpose entre les feuillets du péricarde dans la station assise (Bouillaud).

Lorsque ce signe pathognomonique n'existe pas, on peut se baser sur des particularités distinctives des deux bruits. Le frottement péricardique est superficiel, circonscrit, et ne se prolonge pas dans les gros vaisseaux (artères). Le bruit anormal intra-cardiaque est plus profond, sans saccades, étendu, et se prolonge fréquemment dans les gros vaisseaux. Enfin le frottement vibratoire, perçu par la palpation, est moins accentué que le bruit de frottement lorsque'il y a frottement dans le péricarde, tandis, au contraire, que le frémissement valvulaire est plus prononcé que le bruit perçu par le stéthoscope.

C. PÉRITONE. — Le bruit de frottement au niveau de la partie supérieure de l'abdomen, où il est perçu par l'auscultation au moment du refoulement des organes abdominaux dans une forte inspiration, présente toutes les nuances du bruit de frottement pleurétique, depuis le simple frolement jusqu'au bruit de cuir neuf. Il a été indiqué comme un signe de *péritonite tuberculeuse*. Malgré ce que Laennec, Després, Beatty (de Dublin), Corrigan, Bright et de Spittal ont écrit sur le bruit de frottement abdominal, il est resté un signe exceptionnel par sa rareté. Seidel s'est livré sur ce sujet à de nouvelles recherches, desquelles il résulte qu'il a observé les bruits de frottement péricardiques au niveau de presque tous les organes de l'abdomen, et que leur signification est très-variable. On trouve ces bruits anormaux principalement comme signes de lésions chroniques, et plus rarement aiguës. Le frottement péri-hépatique se rencontre surtout à la face convexe du foie, et il peut être confondu avec un bruit de

et pleurétique. Pour faire la distinction, il faut que le malade exécute un mouvement d'inspiration forcée, la glotte étant fermée, mouvement analogue à du vomissement. Alors le bord inférieur du poulmon ne se déplace pas, tandis que le foie subit un mouvement d'élévation notable; et, si le frottement se produit encore, on est à peu près sûr qu'il se passe dans le péritoine (Seidel, *Schmidt's Jahrbücher*, 1866). Le bruit de frottement n'est pas seulement perçu par l'auscultation au niveau de l'abdomen : selon la palpation percevrait encore une sensation de crépitation (comme le bruit d'un cuir neuf) au niveau des adhérences péritonéales qui résultent de l'inflammation de la séreuse (Voy. ADHÉRENCES, p. 18).

**UNIQUE VAGINALE.** — Pour terminer ce qui est relatif au bruit de frottement, il me reste à rappeler que l'on peut le percevoir dans l'orchite varioleuse, dit par Béraud, et dans laquelle il a reconnu la sensation de frottement en palpant le testicule avec précaution avec les quatre derniers doigts de la main et en pressant doucement avec le pouce pour chasser le testicule vers le scrotum (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIII).

**LIGINOSITÉS.** — Ces concrétions brunâtres ou noirâtres qui se rencontrent dans la cavité buccale au pourtour des dents, sur la langue et autour des lèvres résultent de la dessiccation du mucus et de la salive, mêlés d'une certaine quantité de sang exsudé. Leur formation est favorisée par le passage intermittent de l'air par la bouche entr'ouverte. Les fuliginosités sont un des signes de l'état typhoïde (Voy. TYPHOÏDE [État]).

**RIE.** — Voy. PARASITES (Animaux).

**RONCLES.** — L'éruption successive d'un nombre plus ou moins grand de roncles, se rattachant évidemment à un état général mal connu, constitue parfois une véritable maladie qui, pour être sans danger, n'en est pas extrêmement gênante. Son diagnostic ne présente pas la moindre difficulté. Le volume des furoncles empêche de les confondre avec des éruptions cutanées, ce qui a son importance, l'ecthyma multiple pouvant, dans certains cas, faire soupçonner soit l'existence d'une syphilis constitutionnelle, soit l'administration de l'iodure de potassium.

Les éruptions furoncleuses sont quelquefois la conséquence d'une *menstruation tardive* (?), d'un *traitement sulfureux* ou d'un premier *voyage sur mer*. Il n'est pas rare de les constater comme accident consécutif de la *glycémie* et des *pyrexies*. Enfin il est bon de se rappeler que le filaire ou dragon-lé termine sous la peau une inflammation localisée qui a l'aspect d'un furoncle, et qu'il en est de même des *larves d'œstrides* que Mondière, dans un voyage au Sénégal en 1861, a retirées d'abcès furoncleux multiples chez cinq personnes qui se présentèrent à sa visite (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1861, (Voy. PARASITES)).

Un furoncle peut-il donner lieu à la pyémie et par conséquent à des infarctus et des abcès métastatiques? L'affirmative semble résulter des faits rapportés par M. Laugier dans sa *Thèse* (1864) pour les furoncles de la face, et des deux observations de Laugier rapportées dans la *Gazette hebdomadaire* (1865), puisque la première, précédée d'accidents cérébraux formidables, en a été la conséquence, ainsi qu'il résulte des autopsies. Les mêmes conséquences fatales attribuées par M. Laugier à un furoncle du pied par suite d'infarctus pulmonaire (*Wiener med. Wochenschr.*, 1867) ne sont pas aussi bien démontrées.

**LACTIRRHÉE OU GALACTORRHÉE.** — N. Guéneau de Mussy, à l'occasion d'un cas de flux laiteux désigné par cette double dénomination, a publié un travail sur ce sujet (*Arch. de méd.*, 1856). Il fait remarquer avec rai-

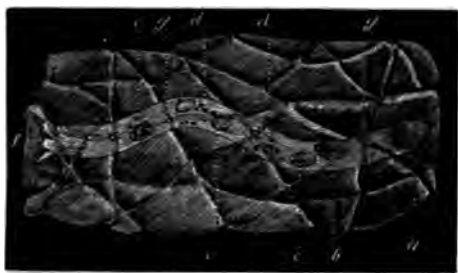
son que les exemples de production de lait en dehors des conditions normales, et sans aucun trouble pour la santé, constituent des anomalies logiques plutôt que des maladies. La galactorrhée ne doit prendre place dans le cadre nosologique que lorsqu'il y a à la fois sécrétion anormale du lait et conséquence de son abondance, désordres dans la santé, tels que l'amaigrissement, la décoloration des tissus, la faiblesse musculaire et l'alanguissement des fonctions digestives. Ainsi limitée, la galactorrhée, qui s'accompagne de douleur des seins, est une affection rare.

**GALE.** — Pour la plupart des observateurs, la gale est une affection cutanée produite par un acare, et par conséquent une maladie essentiellement parasitaire. Pour d'autres, elle est, comme pour les anciens, une affection constitutionnelle qui peut être spontanée, quoiqu'elle soit transmissible par contagion. Je n'ai pas à discuter ces différentes doctrines. La première a pour sa faveur les raisons les plus légitimes.

**1° Éléments du diagnostic.** — Parmi les signes locaux de la gale, les taches vésiculeuses, pustuleuses et papuleuses étaient autrefois, avec les sillons, les seuls importants. Les recherches modernes sur l'acare ont démontré l'absence de l'éruption, les démangeaisons, les sillons acariques et les croûtes même peuvent parfaitement suffire pour caractériser la maladie. Cette manière de voir doit-elle faire rejeter les phénomènes généraux et les accidents attribués à la rétrocession de l'éruption lorsque celle-ci existe? C'est ce qui ne fait aucun doute si l'on admet que la maladie est essentiellement parasitaire.

**2° Inductions diagnostiques.** — Comprise ainsi que je viens de le dire, la gale est fort simplifiée dans son diagnostic, puisqu'il s'agit seulement de constater les sillons ou l'acare qui les a tracés. En supposant le cas le plus simple, est porté à faire cette recherche si un individu se plaint de démangeaisons vives au niveau des intervalles des doigts et dans les points de flexions, de démangeaisons dont on ne découvre pas la cause au premier abord, et si l'attention cutanée n'étant apparente. Un examen plus attentif de la peau, ou aidé de la loupe fait découvrir des sillons tracés par des acares, et à l'extrémité de ces sillons, un petit point brillant que est l'insecte lui-même.

Ces sillons, *fig. 70*, apparaissent comme des lignes blanchâtres de 2 à 3 millimètres de long sur un demi. Ils ressemblent à la trace que produit un d'épingle promenée légèrement sur la peau (Cazenave, Lanquar). Le trajet du sillon ou du sillon existe des vésicules de grosseur d'un grain de millet et entourées ou non d'un cercle inflammatoire. Ces vésicules ne persistent pas toujours, parce que leur évolution ne dure que quelques jours, tandis que



*Fig. 70.* — Sillon. — *a*, sarcopte à l'extrémité du sillon. *b*, peau flétrie laissée à la dernière mue. *c*, *c*, œufs, le premier près d'éclore. *d*, *d*, exoréments. *e*, jeune larve. *f*, entrée du sillon. *g*, *g*, petites ouvertures permettant l'accès de l'air dans le sillon.

dure plusieurs mois. Quelquefois le sillon passe sur la vésicule par laquelle la vésicule est sous-dermique et le sillon sous-épidermique (Piogey, Pin). — Dans la bosselure qui termine le sillon (éminence acarique) on trouve blotti le sarcopte, *fig. 71* et *72*, dont on a méconnu longtemps l'ex-

recherchait dans la vésicule même. Pour l'obtenir, il faut déchirer l'épiderme, avec une épingle ou une aiguille, à 1 millimètre environ en se dirigeant vers le centre de la bosselure, passer l'instrument minimalcule et le soulever avec précaution (Renucci). Le parasite nu comme un grain de semoule que l'on voit bientôt se mouvoir au microscope, il présente une conformation caractéristique. Le plus petit que les femelles, a été découvert par Bourgogne et

que je viens de rappeler existent assez souvent seuls, il arrive aussi que les éruptions cutanées sont la première donnée constatant le point de départ du diagnostic.

Soit l'opinion que l'on se forme de la nature de ces éruptions, soit qu'elles soient consécutives et produites par l'irritation locale que l'on se forme, ou comme spontanées, elles ont certainement une assez grande



Fig. 72a. — Sarcopie de la gale (femelle), face ventrale, son œuf (Lanquetin).



Fig. 72b. — Sarcopie de la gale (face dorsale) (Lanquetin).

caractéristique, puisque seules elles ont suffi pour faire prendre rang à la gale dans le cadre nosologique, avant la découverte de l'acare. Sans donner l'importance thématique de l'existence de la gale comme la constatation des symptômes lui-même, ces éruptions sont donc nécessaires à connaître. Elles sont en effet ce sont des *vésicules* qui peuvent se montrer, comme dans les différentes parties du corps, excepté à la face (Gazenave), et principalement aux points où la peau est fine et délicate : dans les intervalles des bras, aux aisselles, dans tous les points de flexion articulaire. Elles sont légèrement saillantes et acuminées, sont transparentes au sommet rosées chez les jeunes sujets. Par suite de démangeaisons, les malades grattent et déchirent les vésicules, qui souvent s'enflamment ; assez souvent les pustules d'*impétigo* et d'*ecthyma* suivies de croûtes, des papules de *prurigo*, et plus rarement de *lichen*, s'ajoutent à la lésion.

Il ne faut pas oublier que les signes locaux de la gale affectent un siège qui varie selon les professions, et dont la connaissance peut faciliter le diagnostic. En effet, plus particulièrement aux mains qu'on les observe chez



les tailleurs et les couturières, à la main droite chez les maîtres d'armes (Cannave). Souvent, chez les galeux qui se présentent à l'hôpital Saint-Louis, c'est le pénis chez l'homme, et aux mamelles chez la femme, que l'on trouve les sillons caractéristiques; mais il est presque inutile d'ajouter que l'on ne saurait généraliser ce double fait.

Pour terminer ce que j'ai à dire du diagnostic de la gale, il me suffit d'ajouter que le *prurigo* (qui souvent d'ailleurs coïncide avec la gale), le *lichen simplex*, le *lichen urticatus*, pourraient être confondus avec les éruptions symptomatiques de la gale, et que la syphilis, la scrofule et le scorbut peuvent modifier l'aspect de ces éruptions secondaires. Ces simples indications suffisent pour donner l'éveil au praticien (chose la plus utile en pareil cas), et lui faire rechercher l'acare et ses sillons.

#### GANGLIONS LYMPHATIQUES. — Voy. ADÉNOPATHIES.

**GANGRÈNES.** — La mortification locale des tissus qui constitue la gangrène est un signe qui sert fréquemment de base au diagnostic; mais au lieu d'exposer ce qu'il y a de particulier dans les principales localisations gangreneuses, il est indispensable de traiter la question d'une manière générale.

##### I. Gangrènes en général.

Quel que soit l'organe envahi par la gangrène, la partie mortifiée subit une fermentation putride ou se dessèche, un travail d'inflammation éliminatoire s'établit au pourtour, et, si l'élimination a lieu, la plaie suppurante qui succède peut suivre sa marche la plus heureuse et se cicatriser avec une perte de substance plus ou moins considérable, ou bien la mort survient dans le cours de cette série d'accidents successifs. Cet enchaînement des phénomènes résultant de la gangrène peut être suivi des yeux dans les parties extérieures, tandis que, dans les organes profonds, il s'annonce par des symptômes qui varient suivant les organes atteints; cependant ces symptômes se rattachent toujours à l'une des données que je viens d'exposer : à la mortification des tissus, à leur décomposition, à leur expulsion au dehors de l'organisme, à la suppuration consécutive, à la cicatrisation de la perte de substance.

Une question capitale du diagnostic de la gangrène est la recherche des causes locales ou générales de la lésion.

Les causes locales, en dehors des influences traumatiques, sont toutes celles qui entravent la circulation ou obstruent les vaisseaux : les artères, les capillaires, plus rarement les veines. Ainsi agissent le froid, la compression prolongée, rarement les obturations veineuses (*phlegmatia alba dolens*), mais bien plus fréquemment les obturations des artères dues à des embolies. Les recherches modernes ont démontré toute l'importance des obturations artérielles emboliques comme causes des gangrènes; mais il faut y joindre les obturations des petites artères qui sont la conséquence du développement de *plaques athéromateuses*, et les obturations dues à une véritable artérite. Cette dernière cause a été reléguée au dernier plan, ou même niée; et cependant elle a, dans certaines contrées, une très-grande importance. Martinez de Rio, qui a pratiqué la chirurgie avec distinction à Mexico, y a très-souvent constaté la gangrène due à l'artérite, et de nombreuses autopsies faites avec le plus grand soin lui ont démontré que cette affection doit être considérée comme une sorte d'endémie particulière au Mexique (*communication orale*). — Par les causes générales, on a considéré depuis longtemps comme causes prédisposantes les débilitations profondes produites par des flux abondants, par des suppurations prolongées, par la misère ou la vieillesse. Mais depuis les recherches sur les gangrènes spontanées de François (1832), qui considé-

lérations du sang comme origine des gangrènes, et par exemple le la *fièvre jaune*, on a rattaché les complications gangréneuses à l'affections générales aiguës ou chroniques.

es graves, éruptives ou non éruptives, sont les affections générales se compliquent le plus fréquemment de gangrène; on pourrait les otes, en faisant remarquer toutefois que c'est principalement dans e certaines épidémies d'une extrême gravité, que se montre la gan- oins qu'elle ne fasse cortège presque obligé des symptômes, comme bubons de la peste. Au nombre des maladies générales à marche , pouvant favoriser ou provoquer l'apparition de la gangrène, et dans il y a aussi altération manifeste du sang, on trouve la *maladie* : , l'*hémophilie*, le *scorbut* et surtout la GLYCOSURIE (Landouzy, L'importance des gangrènes dans cette dernière maladie est incon- urd'hui; aussi une gangrène quelconque doit-elle suggérer l'idée de de la glycosurie (diabète sucré), si cette maladie n'a pas été d'abord et faire rechercher la glycose dans l'urine. L'altération du sang est dans l'INTOXICATION par l'*ergot de seigle*, maladie dont une des a gangrène spontanée pour caractère principal. — Enfin, dans une ressante sur la gangrène, Zambaco (1857) a cherché à démontrer que les *perturbations nerveuses* ont sur la production de cette

établir en fait que toutes les causes de débilitation profonde et pro- it hygiéniques, soit pathologiques, soit même physiologiques, favo- roduction de la gangrène. Cependant il faut s'engager avec réserve amp des explications générales de la gangrène, car les progrès de on ont fait découvrir des causes matérielles dans des circonstances en soupçonnait pas d'abord l'existence (Voy. EMBOLIES ARTÉRIELLES).

encore à examiner plusieurs questions générales relatives à la gan- ais elles sont dominées par le fait du siège de la lésion dans tel ou , et se retrouvent par conséquent mieux à leur place dans ce qui

### angrènes localisées.

es gangrènes dont j'ai à exposer le diagnostic, il en est qui sont direc- cessibles à l'exploration, comme celles qui siègent à la peau, dans la ns le pharynx, aux organes génitaux. D'autres sont indirectement à l'aide de symptômes plus ou moins caractéristiques, comme la le l'œsophage, du poumon, de l'intestin, desquelles je dois rapprocher ssement du cerveau quand il est dû à une oblitération artérielle MOLLISSEMENT). Enfin il y a des gangrènes qui ne doivent pas m'oc- tendu qu'elles sont complètement latentes pendant la vie, ou qu'elles aractérisées par aucun symptôme probant, comme la gangrène du lle de la vessie.

passer en revue les gangrènes des parties molles extérieures, celles he, du pharynx, du poumon, des intestins et des organes génitaux. ie besoin de rappeler que la même cause générale peut donner lieu grènes localisées dans des organes très-différents.

RIES MOLLES EXTÉRIEURES. — Il est un certain nombre de gangrènes les qui sont dues à des causes externes. Outre les affections charbon- y a des gangrènes dues à l'action du *froid*; à l'*éthérisation localisée* ion de l'éther), comme Lawson en a observé un exemple dans lequel iminée fit place à une cicatrice difforme au niveau du sein (*Lancet*,

les tailleurs et les couturières, à la main droite chez l'homme, à la main gauche chez la femme (galeux). Souvent, chez les galeux qui se présentent à l'hôpital, on trouve le pénis chez l'homme, et aux mamelles chez la femme caractéristiques; mais il est presque inutile d'ajouter à l'examen ce double fait.

Pour terminer ce que j'ai à dire du diagnostic, d'ajouter que le *prurigo* (qui souvent d'ailleurs est simple), le lichen *urticatus*, pourraient être des symptômes de la gale, et que la syphilis, la modifier l'aspect de ces éruptions secondaires. Ce pour donner l'éveil au praticien (chose la plus utile à rechercher l'acare et ses sillons).

### **GANGLIONS LYMPHATIQUES. — I**

**GANGRÈNES.** — La mortification locale est un signe qui sert fréquemment de d'exposer ce qu'il y a de particulier dans les neuses, il est indispensable de traiter la ques

#### **I. Gangrènes en général.**

Quel que soit l'organe envahi par la fermentation putride ou se dessèche, un s'établit au pourtour, et, si l'élimination succède peut suivre sa marche la plus he de substance plus ou moins considérabl cours de cette série d'accidents successi résultant de la gangrène peut être suivi tandis que, dans les organes profonds varient suivant les organes atteints; toujours à l'une des données que je v des tissus, à leur décomposition, à le la suppuration consécutive, à la cicat

Une question capitale du diagnosti locales ou générales de la lésion.

Les causes locales, en dehors d qui entravent la circulation ou o laires, plus rarement les veines prolongée, rarement les obturati bien plus fréquemment les ob recherches modernes ont dé rielles emboliques comme c obturations des petites artèr *plaques athéromateuses*, Cette dernière cause a été dant elle a, dans certaine Rio, qui a pratiqué la ch staté la gangrène due à l grand soin lui ont dé une sorte d'endémie p les causes générales posantes les débilit suppurations prol recherches sur le

1867); au *nitrate acide de mercure* employé par mégarde en friction : poitrine d'une jeune fille, qui succomba à la mortification cutanée qui résulta (*Gaz. des hôpit.*, 1864). Outre ces causes externes agissant directement sur la partie affectée, il y a des gangrènes extérieures locales qui sont le fait de maladies internes et que je dois rappeler. Telles sont les eschares qui se forment chez les paralytiques ou chez les malades atteints de graves continences, ou de rhumatisme chronique avec immobilité forcée au niveau des saillies osseuses contre lesquelles la peau subit une compression dans le décubitus, au niveau du sacrum, des grands trochanters, des coudes, etc. Leur siège même indique ici la cause occasionnelle de la gangrène, comme l'existence de la maladie concomitante en indique la prédisposante.

Lorsque la gangrène se déclare en dehors des points de compression, il faut venir de rappeler, soit par des eschares recouvertes ou non de bulles, soit par une tumeur gangréneuse, on doit croire que la maladie générale originelle est beaucoup plus grave que dans la condition précédente, puisque la gangrène se déclare sans cause occasionnelle apparente. C'est ce que l'on remarque dans la *morve*, qu'il y ait ou non en même temps abcès, dans la *glycosurie* ancienne, dans le *scorbut* invétéré. Le *zona* présente assez souvent des vésicules qui le caractérisent, des petites eschares superficielles, qu'on d'autre inconvénient que celui d'être remplacées par des cicatrices indélébiles.

La gangrène des membres mérite une attention spéciale. Elle s'annonce par l'engourdissement et du froid dans l'extrémité qui est atteinte ; il y a une violente douleur, difficulté, puis impossibilité des mouvements, avec disparition des pulsations des artères qui sont transformées en cordons filiformes, moins durs et douloureux, et enfin la gangrène se caractérise par du gonflement, des rougeurs, des phlyctènes, la dissolution putride des parties mortes dont la chute produit des hémorrhagies ; ou bien il n'y a pas de gonflement, la peau est pâle, livide, elle se dessèche, se racornit et noircit avant de se détacher. En démontrant que ces gangrènes, dites à tort séniles, sont dues à des oblitérations artérielles, François a rendu un grand service à la science en ce qu'il a admis avec lui qu'il y ait artérite, soit qu'avec quelques autres causes on veuille qu'il y ait embolie artérielle. Les deux membres inférieurs peuvent être atteints simultanément par suite de l'oblitération de l'aorte abdominale, ou par suite d'intoxication arsenicale. Quelle que soit sa cause, la gangrène humide des membres peut, suivant l'avis de Parise, causer la mort subite par la formation de gaz putrides dans les veines, d'où ils font irruption vers l'extérieur. Il y a alors un effet semblable à celui de l'introduction de l'air dans les veines pendant une opération.

On rencontre encore la gangrène des parties extérieures aux paupières, au niveau des organes génitaux dont il est parlé plus loin, et au niveau de la langue dans les cas de gangrène de la bouche, dont il va être question.

**B. BOUCHE.** — La gangrène de la bouche, appelée aussi *noma*, est une maladie qui a été le mieux étudiée de nos jours d'après les faits cliniques.

C'est presque exclusivement chez les jeunes enfants âgés de trois à cinq ans que l'on observe la gangrène de la bouche, qui est, au contraire, extrêmement rare chez l'adulte.

1° Chez les jeunes enfants, elle ne survient guère que comme complication secondaire, dans le cours ou à la suite de maladies qui ont profondément altéré l'économie. C'est une affection apyrétique, pendant laquelle l'appétit se conserve le plus souvent.

agnostic se base sur des données différentes aux diverses périodes de la vie. Au début, suivant Billard, c'est l'*infiltration œdémateuse* circonscrivant la face ou de la lèvre qui attire l'attention; cet œdème coïncide ordinairement avec une *ulcération* à fond grisâtre et putrilagineux à la face interne de ou du repli gingivo-buccal (Barthez et Rilliet). Quelques jours plus tard, la lèvre est tendue, luisante, souvent *marbrée de violet*; elle présente à la base un *noyau central* dur et circonscrit, et à l'intérieur une *eschare noire* entourée d'une zone grise, grenue, saignante, et au-delà, d'un œdème qui s'étend à mesure que l'eschare noire s'agrandit (Bouley et Caillault, *éd.*, 1852). Souvent l'eschare noire, précédée d'une *couleur violacée phlycténale*, se montre aussi extérieurement au niveau de la joue. Il y a une *invasion fétide et sanguinolente*. — A une période plus avancée, celle de la déhiscence des eschares, qui ont parfois envahi les gencives, la joue, la lèvre inférieure tout entière, les désordres locaux sont considérables, et les malades ont un aspect horrible à voir. Les pertes de substance peuvent, sur la joue, mettre à nu les os maxillaires et détruire les dents poussées, même les germes des dents à venir. Il s'écoule de la bouche ou des narines un *liquide des plus fétides*, mais dont l'odeur a été comparée, suivant Barthez et Rilliet, à celle de la salivation mercurielle. — Lorsque le malade guérit, ce qui est rare, la cicatrisation se fait très-lentement, elle a pour conséquence une *cicatrice difforme*, qui souvent gêne même l'exercice de la parole, l'*introduction des aliments* dans la bouche *mastication*.

Les phénomènes locaux sont suffisamment caractéristiques pour n'avoir pas à être longuement discutés. Un *emphysème sous-cutané* localisé à la joue pourrait pas en imposer longtemps pour l'œdème du début de la gangrène qui s'accompagne d'une ulcération intra-buccale. — La *pustule maligne* à l'extérieur par une tache caractéristique avec phlyctène. — L'*aphthe* reste borné à la muqueuse buccale. — Enfin la *stomatite* couenneuse offre des fausses membranes qui ont été considérées comme étant de nature gangréneuse par Taupin (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1839); il est à remarquer que, dans le doute, l'examen au microscope permet de distinguer les simples concrétions diphthériques des concrétions gangréneuses (*Voy. DIPHTHÉRIE*, p. 300).

La gangrène de la bouche étant reconnue, il faut en déterminer la cause, et rechercher dans les mauvaises conditions hygiéniques ayant profondément altéré la constitution, ou dans l'existence de maladies actuelles ou récentes ayant épuisé l'économie. La *rougeole* a ici le triste privilège de prédisposer à toute autre affection au développement de cette espèce de gangrène, et cette pyrexie a été constatée dans près de la moitié des faits de gangrène de la bouche chez les enfants (Tourdes, *Thèse*, Strasb., 1848; Barthez et Rilliet), et même dans les quatre cinquièmes, selon Bouley et Caillault. Enfin, dans les faits plus rares, l'usage du *calomel* a paru déterminer l'invasion de la gangrène.

La même que l'on constate l'existence du *noma*, si différent d'ailleurs de la gangrène superficielle de la muqueuse buccale (*Voy. DIPHTHÉRIE*, p. 297), le *degré de la lésion* qui constitue la maladie gangréneuse qui m'occupe. Quant aux complications, il en est une constante, la *diarrhée*, et très-fréquentes, comme la *pneumonie* ou la *broncho-pneumonie*. La gangrène de la bouche chez les enfants est presque constamment mortelle, elle se conçoit facilement, vu les conditions fâcheuses dans lesquelles se

trouvent déjà les petits malades au moment de l'invasion. Lorsque le pronostic est moins fâcheux et que la guérison a lieu, ce n'est qu'au prix de cicatrices difformes ou de la perte des dents, ce qui fait ressembler les enfants à des vieillards (Van Swieten), ou enfin avec des troubles fonctionnels que j'ai notés plus haut.

2° Chez l'adulte, la gangrène de la bouche, analogue au *noma* des enfants, est une exception si rare qu'elle n'a pu être encore convenablement étudiée. Je n'en ai rencontrée que chez des sujets dont la santé générale était profondément altérée : à la suite de certaines *fièvres typhoïdes*, comme Laurent Féral a communiqué un exemple à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie*, 1860, t. XXV, p. 120); dans le *scorbut*, et chez certains *aliénés* incurablement débilités, comme j'ai été à même d'en observer moi-même quelques exemples.

C. PHARYNX. — Pendant longtemps après la publication des travaux de Bretonneau sur la diphthérie, on se refusait à croire que la gangrène pouvait envahir le pharynx. Mais dans ces dernières années, on en a recueilli des exemples irrécusables, puisque la preuve microscopique ne leur a pas manqué. Il ne faudrait pas croire cependant que la gangrène donne toujours à la pharyngite une grande gravité, car j'en ai constaté il y a quelques années deux exemples dans lesquels, sans phénomènes généraux inquiétants, il n'existait qu'une eschare limitée. Cette eschare était facile à reconnaître à sa dépression muqueuse, au liséré ulcératif de son pourtour, et à la perte de substance qui résulta de sa chute : au niveau d'une amygdale dans un cas, au niveau du voile du palais dans l'autre (*Voy. PHARYNGITES*).

D. ŒSOPHAGE. — La gangrène de l'œsophage peut résulter de la compression de ce conduit par une tumeur anévrysmale de l'aorte. Mais le plus souvent, rappelant les faits de ce genre, on a rapporté d'autres qui démontrent que la gangrène peut être primitive et indépendante. Cette lésion s'accompagne d'une dysphagie qui est parfois très-prononcée ; la terminaison se fait par une issue rapide ou très-lente, mais constamment mortelle (*Gaz. médicale*).

E. GANGRÈNE DU POUMON. — La mortification locale du poumon se fait le plus souvent d'une manière insidieuse et latente. Il est très-probablement due le plus souvent, comme dans les autres parties du corps, à l'oblitération des vaisseaux artériels, que cette oblitération ait lieu sur place ou par embolie. C'est principalement chez les adultes et chez l'homme qu'on la rencontre, les enfants en soient exempts. Le diagnostic se base sur des données cliniques et rentes dans les deux cas.

1° Chez l'adulte, on n'est averti de l'existence de la gangrène pulmonaire que par la *fétidité de l'haleine et des crachats*. Jusque-là, il n'existe aucun signe certain, ou seulement des symptômes vagues : pendant quelques jours de douleurs thoraciques plus ou moins vives, ou bien, pendant plusieurs semaines, de la faiblesse, du malaise, de la toux, de l'anorexie.

L'odeur fétide de l'haleine ou des crachats se reconnaît facilement lorsqu'on l'a une fois constatée. Elle est pathognomonique, sans pouvoir se définir par sa fétidité, très-pénétrante, comparée à celle de la paille pourrie, peut persister longtemps dans les lieux qui ont été occupés par le malade. Elle ne doit pas être confondue avec celles de l'ozène, de la carie dentaire, de l'haleine nauséabonde de certains sujets atteints de *dilatation des bronches* sans gangrène pulmonaire, ou bien, non plus qu'avec la fétidité de l'haleine due à une *stomatite*, à la *pharyngite*, ou bien à une *gangrène* de la muqueuse buccale ou du pharynx.

Les autres signes de la gangrène pulmonaire ont peu de valeur par eux-



acquièrent que par la concomitance de l'odeur fétide dont il vient d'être n.

il y a de la *toux* et une *dyspnée* qui n'ont rien de caractéristique. Les s sont opaques, sans viscosité; tantôt verts, sanieux, d'un brun foncé ou , ou teints d'un sang noirâtre; tantôt blanchâtres, purulents, si la mala- ueu avancée. — La *percussion* fournit seulement une matité plus ou endue. Mais les signes d'*auscultation* ont plus d'importance : s'il n'y a re d'excavation par suite de l'élimination de l'eschare, il existe un râle pitant plus ou moins abondant, souvent un souffle bronchique et de la ohonie; s'il y a une excavation, ces signes deviennent du gargouillement, piration caverneuse et de la pectoriloquie.

s souvent les symptômes généraux sont presque nuls. Parfois ils sont es; ce sont : l'altération des traits, l'abattement, un mouvement fébrile avec petitesse du pouls, délire, agitation, stupeur, soubresauts des ten- heresse et fuliginosités de la langue, diarrhée fétide.

grène pulmonaire étant reconnue après que l'on a tenu compte de l'en- s phénomènes symptomatiques, on recherchera les *conditions étiolo-* ans lesquelles s'est développée la gangrène. Outre les causes géné- elées précédemment, il y en a ici de spéciales; ce sont : l'*apoplexie ire*, la *résorption purulente* (Genest), l'*état cachectique* qui, chez s, succède à l'abstinence prolongée (Guislain); on a rencontré encore ne dans les parois des *cavernes tuberculeuses*, et dans les bronches (Briquet), mais sans autre signe particulier que la fétidité indiquée.

corps étrangers dans les poumons, la compression par une tumeur ration d'un *tronc vasculaire* de ces organes ont encore été considérés auses de leur gangrène.

à la pneumonie, prise si fréquemment, avant Laennec, pour une cause grène pulmonaire, son influence est tellement rare qu'elle a été mise en r trois cent cinq pneumonies étudiées par Grisolle, il n'a pas rencontré as de terminaison par gangrène, et c'est tout au plus s'il a pu en trouver s les annales de la science (*Traité de la pneumonie*, p. 345). Cepen- cinq faits démontrent la possibilité de la terminaison de la pneumonie rène. Le docteur Daga en a publié un nouvel exemple suivi de guérison, n'en est pas moins péremptoire (*Gaz. des hôpit.*, 1864).

me de la maladie est variable selon l'étendue de la lésion, qui peut être ée de perforation de la plèvre, et par suite de *pneumo-thorax*.

ez les enfants, la gangrène pulmonaire échappe le plus souvent à toute tion pendant la vie. Barthez et Rilliet, qui en ont recueilli onze observa- ont rencontrée assez fréquemment dans le cours de la pneumonie lobaire aire, et n'ont constaté comme signe particulier que l'*hémoptysie*, qui a ente. Le sang, d'abord liquide, devenait ensuite noir et fétide. Ils attri- hémoptysie une valeur incontestable, parce qu'on l'observe très-rarement nfant tuberculeux. Béhier et Boudet ont vu, chez un enfant, la gangrène e jusqu'à l'œsophage et le perforer. Steiner et Neureutler en ont plus ent observé vingt-quatre cas (1864), dans lesquels les enfants, âgés la plu- six ans, ont tous succombé aux progrès de la gangrène pulmonaire dont nt été affectés dans le cours de maladies graves, respiratoires, digestives tives. Il n'y eut d'hémoptysie que dans les cas de tubercules.

eler que cette gangrène a été constatée surtout anatomiquement chez les c'est en signaler la gravité. Chez l'adulte, cette gravité ne paraît pas solue, la guérison ayant lieu dans des circonstances encore mal définies,

comme cela ressort d'une note de Lasègue (*Arch. de méd.*, 1857, t. X). On sait seulement que la guérison s'observe principalement dans les cas où la gangrène n'atteint que les extrémités des bronches, ainsi que l'ont fait remarquer Lasègue et Trousseau (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I). Il ne faut pas oublier d'un autre côté que la gangrène de la muqueuse bronchique peut occasionner la mort, comme je l'ai observé récemment à Lariboisière, chez une jeune femme atteinte de dilatation des bronches; et que, par contre, la gangrène parenchymateuse du poumon est quelquefois suivie de guérison. J'ai recueilli un fait très-remarquable de guérison de ce genre à l'hôpital Cochin, chez un homme dont j'ai suivi la maladie pulmonaire, et chez lequel, après la mort survenue par une autre cause, j'ai pu constater la cicatrisation du foyer.

F. INTESTINS. — La gangrène des intestins est due à un excès d'inflammation, ou à la présence d'un corps étranger, ou enfin à un étranglement. Dans les hernies externes, il y a des signes positifs qui annoncent la gangrène de l'anse intestinale herniée, de même que dans les cas d'hémorroïdes gangrénées et masse et dans certaines invaginations, où les parties gangrénées peuvent être expulsées au dehors et ne laisser aucun doute au diagnostic; mais dans tous les autres cas, la gangrène peut ne se manifester que par certains accidents consécutifs, comme la perforation intestinale ou plutôt la péritonite qui en est la conséquence. C'est ce qui arrive dans certains phlegmons de la fosse iliaque compliqués de gangrène de l'appendice iléo-cœcal.

G. ORGANES SEXUELS. — On a vu la gangrène envahir la verge chez un malade atteint de blennorrhagie et de fièvre typhoïde; mais ce sont des faits exceptionnels. Il n'en est pas de même de la gangrène de la vulve, qui se montre assez fréquemment chez les enfants affaiblis, et présente par cela même un assez grand intérêt pratique. Elle doit donc être examinée à part, ainsi que la gangrène de l'utérus.

1° *Gangrène de la vulve.* — On la rencontre chez les enfants dont la santé est déjà détériorée ou qui sont atteints d'une maladie fébrile grave, le plus ordinairement d'une affection typhoïde ou d'une fièvre éruptive.

On reconnaît qu'il se développe, dans ces conditions, une gangrène de la vulve chez les petites filles lorsque, après des symptômes généraux plus ou moins graves, il survient une douleur locale brûlante, un engorgement très-dur des parties jusqu'au mont de Vénus, de la douleur pendant la miction, et qu'en même temps il apparaît à la partie interne des petites, puis des grandes lèvres, et envahissant ensuite les tissus environnants, une teinte grise cendrée, limitée par un cercle rouge et devenant noire; cette lésion peut envahir en arrière jusqu'au périnée ou jusqu'à l'anus, et en avant jusqu'à la commissure supérieure de la vulve; la miction peut être entièrement suspendue; la face est altérée, le pouls petit, fréquent; une diarrhée colliquative survient, et la mort peut arriver subitement. Lorsque la guérison tend à se faire, la période d'élimination s'accompagne d'une sécrétion de sanie putride et fétide, et la chute de l'eschare laisse une excavation en forme d'entonnoir qui diminue bientôt en étendue et en profondeur. Il ne faut pas oublier que les tissus détruits sont réparés avec une étonnante rapidité, et que la cicatrisation a lieu ordinairement sans difformité considérable ni adhérence des parois de l'orifice du vagin (Richter, *l'Expérience*, 1838).

2° *Gangrène de l'utérus.* — C'est surtout après l'accouchement que l'utérus peut être affecté de gangrène; mais on a vu aussi cette lésion survenir dehors de l'état puerpéral, dans des conditions que nous indiquerons à l'heure.

Après l'accouchement, tantôt la gangrène se montre au niveau du col (Duplay), tantôt au niveau de l'insertion du placenta (Danyau). Les symptômes, outre ceux de la gangrène en général, sont analogues à ceux d'une métrite puerpérale intense avec écoulement sanieux infect par la vulve; fièvre intense, anxiété, altération des traits, douleurs plus ou moins vives dans les aines, l'hypocoste, au niveau des lombes et de la région sacrée, quelquefois absence de menstrues quand la gangrène est confirmée, ballonnement parfois considérable de l'abdomen : tels sont les phénomènes principaux observés.

Au dehors de l'état puerpéral, la gangrène de l'utérus a été rencontrée dans des conditions diverses plus rares, parmi lesquelles est d'abord la *métrite*. — Le professeur Michel (de Strasbourg) a vu cette gangrène, bornée au col comme dans la maladie précédente, succéder au *choléra épidémique*. Saugier, qui a rapporté le fait (*Thèse de Strasbourg*, 1864), signale comme symptômes, dès le mouvement fébrile du début, une douleur dans la profondeur du petit bassin, des envies très-fréquentes d'uriner, un écoulement de sanie infecte, hémorrhagie, dès le troisième jour, du col de l'utérus et de la partie supérieure du vagin gangrénés, expulsion suivie de guérison un mois après. Des faits non moins curieux ont été cités dans les journaux étrangers en 1864, faits dans lesquels la gangrène venait compliquer des prolapsus utérins considérables. Edwards, par exemple, a rapporté l'observation curieuse d'une vieille femme chez laquelle la gangrène nécessita l'ablation du col de l'utérus, puis celle de l'organe entier, et qui guérit à la suite de cette grave opération (*British med. Journ.*, 1864). Wilson a vu une autre femme qui offrait un prolapsus utérin compliqué de gangrène, et dont la partie affectée fut excisée à l'aide de l'écraseur; la mort survint à la suite de l'ablation (*Edinb. med. Journ.*). Enfin Boli (d'Udine) a cité un troisième fait de prolapsus, avec gangrène de l'utérus survenue par suite de manœuvres violentes de réduction opérées par une femme, et qui guérit spontanément après la chute de l'eschare (*Gaz. med. ital.*, 1864).

Dans ces différents faits, l'écoulement putride infect qui a lieu par le vagin par la voie du diagnostic, que complète l'expulsion au dehors des parties gangrénées, et surtout l'examen du col utérin à l'aide du spéculum. Il n'y a donc pas de doute possible que lorsque la gangrène, n'étant pas accessible à la vue, occure exclusivement le corps utérin à la suite de l'accouchement. Une autre cause de diagnostic erroné est la guérison même de la gangrène. Dans le fait rapporté par M. Gosselin, en effet, la cicatrice inégale et indurée du fond du vagin fut prise plus tard pour un carcinome utérin, en raison de la coïncidence des douleurs menstruelles qui résultaient du rétrécissement de l'ouverture de la cavité utérine. Qu'il en soit, on voit que, malgré sa gravité, la gangrène de l'utérus peut guérir. Lorsque la mort survient, elle peut être due à la perforation de l'utérus, dans laquelle la gangrène occupe le corps de l'organe.

**ARDÈRES.** — Voy. FÉCALES (Déjections).

**GARGOUILLEMENT** (Bruit de). — Toutes les fois qu'un liquide et des gaz sont agités plus ou moins vivement dans une cavité, il se produit un bruit de gargouillement. Ce phénomène se produit chez l'homme dans les voies respiratoires et dans les voies digestives, là précisément où ces conditions se trouvent réunies.

**VOIES DIGESTIVES.** — Le gargouillement que produit dans le pharynx le passage d'un gargarisme agité par l'air expiré donne une bonne idée du bruit de gargouillement qui peut se manifester dans l'œsophage, dans l'estomac et le reste du tube digestif. Il est tantôt spontané et tantôt provoqué, et il ne

doit attirer l'attention du praticien que dans un petit nombre de cas — Le gargouillement qui accompagne la déglutition et qui se produit le long de l'*œsophage* jusqu'à l'estomac est quelquefois un signe de *paralysie* de ce conduit. — Dans les *intestins*, les gargouillements constituent les borborygmes. Provoqués par la pression de l'abdomen, ils indiquent simplement la présence simultanée de gaz et de liquides dans le point sous-jacent. Ils s'observent plus particulièrement au niveau de la fosse iliaque droite, où l'on fait franchir avec bruit l'obstacle opposé par la valvule iléo-cœcale. On a beaucoup exagéré la fréquence du gargouillement iléo-cœcal dans la fièvre typhoïde, puisqu'il existe les fois qu'il y a simultanément des liquides et des gaz intestinaux qu'on trouve dans le cœcum ou dans son voisinage, aussi fréquemment dans le gastro-intestinal que dans l'affection typhoïde.

Indépendamment de ces différents gargouillements, qui se perçoivent sans avoir recours à l'auscultation, il en est qui, se passant dans les profonds organes digestifs voisins de la cavité thoracique, ne sont perçus qu'en appliquant l'oreille sur les parois de la poitrine. Tels sont certains gargouillements passagers de l'*œsophage*, de l'estomac ou du côlon transitoires, qui viennent compliquer les résultats de l'auscultation thoracique; mais il faut bien vite à saisir le véritable caractère de ces bruits insignifiants, surtout entendus en arrière, dans le voisinage de la colonne vertébrale.

**B. VOIES RESPIRATOIRES.** — Les bruits de gargouillement qui se perçoivent dans les voies respiratoires sont quelquefois entendus directement par le malade, lorsque ces bruits se produisent dans le larynx ou dans la trachée. Ils sont alors ordinairement passagers, et la toux les fait cesser, à moins que la cause de l'obstruction des voies respiratoires supérieures ne soit persistante et ne constitue l'asphyxie. Ce gargouillement est presque constant dans l'agonie. D'autres fois, le gargouillement s'entend qu'à l'auscultation médiate ou immédiate de la poitrine, et les râles humides *caverneux* et *amphoriques*, dont il a été question.

**C. VOIES URINAIRES.** — Le docteur Illeguet a signalé un gargouillement vésical pendant le cathétérisme, lors de la sortie des dernières gouttes d'urine par la sonde, qui sont aspirées avec l'air par la vessie. Il explique ce phénomène par l'hypertrophie des parois vésicales, permettant à l'organe de se distendre après sa contraction (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, 1867). Mais telle n'est pas l'opinion du docteur Alliod d'Aoste, qui a observé le gargouillement dans un cas de paralysie vésicale, c'est-à-dire dans une situation tout opposée à celle de la rigidité des parois de la vessie qui caractérise l'hypertrophie (*Gaz. med. di Torino*, 1867). Le phénomène est intéressant, mais non expliqué.

**GASTRALGIE.** — Longtemps on a désigné cette maladie sous le nom de *cardialgie*, en la confondant avec les affections les plus disparates. Plus tard, on entendit ensuite par *gastralgie* un trouble nerveux plus ou moins circonscrit à l'estomac avec perturbation des digestions avec ou sans douleur. Aujourd'hui avec raison à restreindre encore la signification du mot *gastralgie* (ou *gastrodynie*) en étudiant à part les *DYSPEPSIES* (troubles de la digestion), pour ne l'appliquer qu'à la névralgie viscérale de l'estomac.

**1° Éléments du diagnostic.** — La *gastralgie* est caractérisée par une douleur épigastrique ordinairement vive, parfois violente, s'irradiant parfois dans les régions voisines, au ventre, au dos et même aux épaules, souvent intermittente ou rémittente, donnant la sensation de brûlure,

c., ou bien plus légère et constituée par un malaise pénible et indécis, avec nausées, découragement, anxiété, et quelquefois sensations (Barras). Les crises douloureuses sont parfois telles que les malades ont de suffoquer, tombent en défaillance, ont même du délire ou des accès convulsifs; leur cessation est quelquefois marquée par un dégagement considérable de gaz par la bouche et par l'anus. *Le pouls reste calme concentre et s'accélère* que par la persistance de la douleur; parfois *s battements épigastriques*. — Dans l'intervalle des crises, la santé est parfaite, à moins que la gastralgie ne soit chronique; alors il persiste des *interstices*, des *tiraillements douloureux* calmés par l'ingestion des aliments, dont la digestion peut ensuite être pénible; parfois il y a une *chaleur* à l'épigastre, avec *réurgitations* de matières âcres ou acides. Dans presque tous les cas, *l'appétit est bizarre*, souvent exagéré et *excentrique* (*boulimie*), la constipation est habituelle, et la nutrition se maintient malheureusement malgré la durée parfois très-longue de la maladie, dix, quinze, et même davantage.

**Indications diagnostiques.** — Malgré ces symptômes en apparence bien distincts, il n'est pas toujours aussi aisé qu'on le pourrait croire d'abord d'isoler la maladie, puis de décider si elle est simple ou symptomatique. Ce sont là les deux points principaux qui doivent préoccuper le praticien; c'est surtout par voie d'élimination qu'il en atteindra la solution.

La douleur étant le signe essentiel de la gastralgie, elle doit être la base de la recherche diagnostique ayant pour but de décider qu'il y a ou non gastralgie. S'ensuit-il qu'il nous faille ici passer en revue toutes les douleurs gastriques qui pourraient être confondues avec celle de la névrose qui nous occupe?

Non évidemment. Déjà à l'article DOULEUR une partie de ce sujet a été traitée; je n'ai donc qu'à insister ici sur certains points particuliers. — L'essentiel est de rechercher si l'on n'a pas affaire à une névralgie intercostale. Valleix a fort bien fait remarquer que certaines douleurs de névralgie, fréquemment rangées parmi les crampes d'estomac, peuvent se localiser dans la région épigastrique, mais qu'il y a en même temps un point douloureux à la pression et que d'autres points semblables se montrent sur le même nerf. J'ajouterai que la limitation de la douleur à droite ou à gauche, la douleur blanche de l'épigastre est un des meilleurs caractères de la douleur gastrique dorso-intercostale, et qu'il faut avoir bien soin, lorsque l'on constate le dos une douleur que provoque la pression et qui retentit à l'épigastre, de bien noter son siège, afin de ne pas attribuer à l'influence de la douleur le foyer postérieur d'une névralgie dorso-intercostale. — Je crois l'exposer ici les caractères différentiels de l'embarras gastrique, de la gastralgie aiguë ou chronique, de l'ulcère simple et du cancer de l'estomac avec gastralgie, attendu que l'on peut facilement avoir recours aux mots courants de ce dictionnaire, et qu'il me suffit par conséquent de les men-

stralgie une fois établie, est-elle simple ou symptomatique? Sans rapprocher les coïncidences de cette affection avec une foule d'autres, on peut dire que parmi les maladies qui affectent notablement le système nerveux ou le sang, et l'anémie (avec ou sans leucorrhée) sont celles qui s'accompagnent le plus souvent de gastralgie, ce dont il faudra d'autant plus tenir compte, que ces affections sont très-fréquemment observées, surtout dans les grandes populations.

**Diagnostic.** — On ne doit pas considérer la gastralgie comme une affection

grave au point de vue de la terminaison, à moins qu'il n'y ait des complications exceptionnelles.

**GASTRIQUE** (Embarras ou fièvre). — On sait que l'on désigne ainsi l'état pathologique mal défini dans sa nature et que l'on a aussi appelé *saburral muqueux*, *embarras bilieux*, *fièvre gastrique saburrale*, etc.

1° *Éléments du diagnostic*. — La face tantôt naturelle, et tantôt avec coloration jaunâtre de la sclérotique et du pourtour des lèvres, une *céphalalgie* gravative, de l'*anorexie*, du *dégoût* des aliments, un *goût amer* ou *fade*, un *empâtement* dans la bouche, dû principalement à l'*enduit limoneux* blanc ou blanc jaunâtre qui recouvre la langue, une *haleine fétide* particulière, *saburrale*, quelquefois des *rapports aigres* et *nidoreux*, des *réurgitations bilieuses*, des *nausées* ou même des *vomissements*, un sentiment de malaise ou de gêne vers la région épigastrique qui est indolente à la pression, tantôt la *diarrhée* et tantôt de la *constipation*, des *urines rares et sédimenteuses* tels sont les symptômes principaux de l'embarras gastrique, qui peut exister *avec* ou *sans* fièvre. Dans le premier cas, on constate un certain *abattement*, *malaise général*, de la *courbature*, de l'*insomnie*, sans trop grande fréquence du pouls. Cette fièvre est éphémère.

2° *Inductions diagnostiques*. — Le diagnostic de l'embarras gastrique, est surtout fréquent pendant les chaleurs de l'été, ne présente pas en général de difficultés. Lorsqu'il en est autrement, ce qui arrive lorsque le mal s'est prolongé déjà pendant un certain temps, l'embarras gastrique offre un caractère distinctif sur lequel on a insisté avec raison : c'est la rapidité de la disparition des accidents et le retour de l'appétit sous l'influence des évacuants et principalement des vomitifs. Lorsque les accidents résistent à l'emploi de ce moyen on doit soupçonner qu'ils caractérisent une autre maladie ou qu'ils ne sont qu'une complication d'une maladie plus grave.

En présence des symptômes de l'embarras gastrique, il faut se demander, en effet, si l'affection est simple ou si elle n'est qu'un épiphénomène d'une maladie concomitante.

Il n'est guère d'affection, en effet, qui ne puisse se compliquer de cet état pathologique, et c'est surtout dans la *pneumonie des vieillards*, la *phthisie aiguë*, et dans l'affection typhoïde que l'on peut croire à l'existence d'un simple embarras gastrique. Dans la *pneumonie des vieillards*, en effet, les symptômes locaux de l'inflammation pulmonaire sont souvent à peu près nuls, ou demandent à être soigneusement recherchés pour être reconnus. Dans la *phthisie aiguë*, les symptômes de l'embarras gastrique peuvent être tellement prédominants, que c'est sur des faits de cette espèce que Waller a fondé sa division de la *phthisie aiguë à forme gastrique*, et que Leudet a admis sa *forme lenticulaire* (Thèse, 1851). Enfin il arrive journellement que, dans les embarras gastriques fébriles, la fièvre, l'abattement, la céphalalgie, les troubles de la vue, la diarrhée, font hésiter entre l'existence d'une *affection typhoïde* et un simple embarras des voies digestives ; il est vrai que l'erreur peut n'avoir lieu qu'un instant, avant le développement des taches rosées lenticulaires de l'affection typhoïde, mais l'incertitude est inévitable jusqu'à ce que l'on ait eu recours au vomitif, comme critérium. L'évacuation est habituellement suivie d'une prompte amélioration, d'une nuit calme et du retour de l'appétit, si l'on n'a affaire qu'à un simple embarras gastrique, et les symptômes persistent au contraire un peu de chose près, au même degré dans le cas de fièvre typhoïde.

Lorsqu'il est primitif, l'embarras gastrique ne saurait être confondu avec la *gastrite*, ni avec la *dyspepsie*, malgré les phénomènes communs de pu



La GASTRITE est introuvable comme maladie spontanée, et la dyspepsie essentiellement chronique, tandis que l'embarras gastrique ne l'est jamais, comme affection isolée.

L'embarras gastrique soit primitif ou constitue un épiphénomène, on n'ou-  
 qu'il peut présenter ou la forme *bilieuse* ou la forme *muqueuse*. —  
 première, on constate les signes de l'état *BILIEUX* : face jaunâtre, amer-  
 la bouche, vomissements bilieux amers, jaunâtres ou verdâtres, et  
 verdâtre de l'urine traitée par l'acide nitrique. Cette forme se distingue  
 ent des fièvres bilieuses bénignes des pays chauds. — Dans la forme  
 , la face est naturelle ou pâle, la bouche fade, et les matières vomies  
 amertume ni coloration. Cette forme est souvent liée à l'engouement

ré de la maladie dépend du plus ou moins d'intensité des symptômes,  
 quels il faut tenir compte des phénomènes exceptionnels (probable-  
 gestifs) que l'on rencontre quelquefois du côté du cerveau, tels qu'une  
 ie intense, une insomnie opiniâtre, et même du délire.

*Diagnostic*. — Il est d'autant plus important de ne pas confondre l'embar-  
 que avec d'autres maladies plus graves, que son pronostic est toujours  
 , et qu'il n'en est pas de même des affections avec lesquelles il pour-  
 onfonde.

**PRONOSTIC.** — Si la division de la gastrite en aiguë et chronique est jus-  
 st surtout dans la question de diagnostic.

**Gastrite aiguë.** — On peut se demander ce qu'est devenue aujourd'hui  
 , si fréquemment annoncée au lit des malades, il y a une quarantaine  
 par les médecins imbus des doctrines de Broussais. C'est que cette  
 est en réalité très-rare, principalement hors des hôpitaux, et que l'on  
 lus à son existence toutes les fois qu'il y a vers l'estomac des troubles  
 oins graves.

et généralement aujourd'hui, mais avec réserve, qu'une *douleur épi-*  
 spontanée augmentant à la pression, des *vomissements bilieux* plus  
 fréquents et sans soulagement consécutif, une *perte de l'appétit* plus  
 complète avec un *soif vive*, et enfin un *mouvement fébrile* plus ou  
 ense et sans autres symptômes généraux violents, constituent les prin-  
 cipaux symptômes de la gastrite aiguë.

En présence de ces signes seraient trompeurs si l'on ne constatait pas en même  
 absence des autres affections qui peuvent produire la plupart d'entre  
 et surtout cette élimination qui peut faire arriver au diagnostic; aussi  
 s'insister sur ce point et faire remarquer que c'est par l'étude attentive  
 des symptômes, *épigastralgie* et les *vomissements bilieux*, rappor-  
 tées à d'autres particularités de l'affection observée, que l'on arrivera à préciser  
 le diagnostic.

**Localisation.** — La gastrite peut surtout être confondue, et elle l'a été souvent, avec celle qui  
 une simple névralgie dorso-intercostale des cinquième, sixième et sep-  
 tes paires de nerfs qui viennent aboutir à l'épigastre, névralgie qui s'accompagne  
 is de vomissements. Mais avec de l'attention, rien n'est plus facile que de  
 r la pression le véritable siège de la douleur. Dans la gastrite, la pression  
 tre produit à gauche comme à droite de la ligne blanche une aug-  
 égale de la douleur spontanée, tandis que, dans la névralgie dorso-  
 e, le foyer douloureux de l'épigastre est strictement limité immédia-  
 gauche ou à droite de la ligne blanche dans une petite étendue,  
 existe des deux côtés, elle est infiniment plus marquée d'un côté que

de l'autre; en même temps l'existence des autres foyers de douleur (ver et externe) confirme le diagnostic de la névralgie. Si la douleur est rec pour n'être pas névralgique, on aura encore, avant de la rattacher à la trite, à décider qu'elle ne peut pas se rapporter à une *gastralgie*, au *lissement* non inflammatoire de l'estomac, à l'*hépatite*, à la *péritonit coliques* hépatique, néphrétique, saturnine, etc. Quant aux *VOMISSEMENTS* traité ailleurs de leur signification; des détails à ce sujet seraient donc su

La gastrite aiguë est très-rarement spontanée. Le plus ordinaire constitue une affection *secondaire*, qui a été étudiée avec soin par Le excellent observateur a signalé, dans cette circonstance, l'importance d tique des *douleurs épigastriques et des vomissements de bile* comme d'une altération inflammatoire de l'estomac, lorsqu'ils surviennent cours d'une autre maladie.

Le *pronostic* de la gastrite aiguë n'est grave que parce qu'elle est sec  
II. **Gastrite chronique.**

On éprouve un extrême embarras à indiquer les signes de la gastrit nique, si l'on veut les résumer d'après des faits bien observés, au lie cepter les descriptions imaginaires de certains auteurs, et ne pas co comme d'autres la gastrite chronique avec la *gastralgie* et les *ulcè* simples de l'estomac.

Louis a démontré que les douleurs épigastriques, les nausées, les v ments, l'anorexie, avec fièvre au début, caractérisaient quelquefois la dans le cours des affections chroniques, mais qu'elle était quelquefois et enfin que les symptômes précités pouvaient se rencontrer sans lésion matoire de l'estomac. Pour Trousseau, la gastrite chronique se rencont rarement comme maladie spontanée (*Clin. méd.*, t. II, 58<sup>e</sup> leçon). Les sements pituiteux en seraient un des principaux signes. Mais le résu recherches de Louis montre combien le diagnostic de la gastrite chroniq sente de difficultés. On peut d'ailleurs la confondre très-facilement cancer de l'estomac à marche très-chronique.

Le pronostic de la gastrite chronique n'est pas extrêmement grave | même, car habituellement ce sont les progrès de l'affection chronique complique le plus souvent, qui entraînent une issue funeste.

**GASTROCELE.** — Voy. HERNIES.

**GASTRODYNIE.** — Voy. GASTRALGIE.

**GASTRO-ENTÉRITE.** — Avec Valleix, je n'admets pas d'autre entérite que celle qui réunit les symptômes de la gastrite et ceux de l'e du côté de l'estomac, *anorexie*, *nausées*, *vomissements bilieux* plus ou répétés, *douleur épigastrique*; du côté de l'intestin, quelques *coliques diarrhée*, des *douleurs de ventre*, et enfin, comme symptômes généra légère *accélération du pouls*, un peu de *chaleur*, et parfois de la *cépha*

C'est une affection rare et ordinairement passagère, qui, en temps d'ép de choléra, peut se transformer en quelque sorte en cette dernière aff Quant à la *gastro-entérite chronique*, plus rare encore que l'aiguë, elle longtemps confondue avec la *gastro-entéralgie*.

**GASTRO-ENTÉRALGIE.** — Je n'insiste pas sur le diagnostic d affection, constituée par la réunion de la GASTRALGIE et de l'ENTÉRALGIE, la gastro-entérite l'est par la réunion de la gastrite et de l'entérite.

**GASTRORRHÉE.** — On a donné ce nom à l'expulsion par vomit ou vomissements de matières liquides incolores, plus ou moins filu ordinairement rendues en petite quantité le matin à jeun. Cette ex

ée vulgairement piteute) peut être habituelle chez des sujets qui font de boisons spiritueuses, ou coïncider avec un état de santé régulier; et, dans deux cas, elle a peu d'importance. Toutefois il faut savoir que cette bée est parfois le premier symptôme du cancer de l'estomac, et le seul pendant plusieurs mois. J'ai à peine besoin d'ajouter qu'il est important d'envaincre, dans tous les cas, que le liquide vient de l'estomac et non des salivaires ou de l'œsophage (Voy. VOMISSEMENTS).

**FRORRHAGIE.** — Voy. HÉMORRHAGIES (par la bouche, par l'anus).

**FLUX (Fluides).** — L'air ou les gaz contenus dans les organes respiratoires donnent lieu à des signes physiologiques ou pathologiques. J'ai pas à rappeler. Leur présence insolite hors du tube digestif ou des respiratoires révèle nécessairement leur perforation ou leur rupture, une fermentation putride locale.

**LENCES.** — Ordinairement minces, rosées et fermes dans l'état sain, les lencs sont souvent altérées dans une foule de maladies, dans lesquelles elles deviennent plus ou moins douloureuses, gonflées, d'un rouge plus ou moins foncé, molles et saignantes. Il en est ainsi dans les diverses stomatites, dans les lencs gonflées et douloureuses pendant une période avancée de la DENTITION. Les lencs sont pâles comme la langue et les lèvres dans l'anémie, comme font les lencs saignantes dans certaines cachexies (cachexie splénique, scorbutique); leur bord libre est quelquefois le siège d'une ulcération linéaire (leucorrhée) avec ou sans pseudo-membranes, et d'autres fois d'un liséré grièvement observé dans l'intoxication saturnine, mais que l'on aurait pu considérer comme un signe pathognomonique. On observe d'ailleurs à peu près les mêmes lésions locales que dans les autres parties de la muqueuse buccale (Voy. BOUCHE). Les dents, lorsque les gencives ne les fixent plus dans leurs alvéoles, deviennent mobiles et tombent; c'est ce qui arrive dans la stomatite mercurielle, le scorbut, la gangrène buccale, la glycosurie, l'alacolie.

**SYMPTOMES (Appareils).** — Ayant traité des données diagnostiques et des lencs d'exploration de chaque organe de l'appareil génital chez l'homme et la femme, j'ai peu de chose à dire ici de cet appareil au point de vue diagnostique. Je rappellerai seulement que l'on doit chercher quelquefois dans les lencs assez éloignés l'origine des signes observés vers les organes génitaux. On sait, en effet, que le gonflement des grandes lèvres chez la femme précède à la disparition des OREILLONS, et que l'orchite chez l'homme se lencs observer dans la même condition, ainsi que dans le cours de la VARIOLE. Enfin, Verneuil a constaté un épanchement dans la tunique vaginale chez les jeunes garçons de dix à douze ans, épanchement qui semblait se lencs r chez eux à une inflammation de l'arrière-bouche (Arch. de méd., t. X).

**DIAGNOSTIC.** — Voy. GROSSESSE.

**CAUSES.** — Voy. DÉVIATIONS VERTÉBRALES.

**SYMPTOMES.** — La glossite est superficielle ou profonde, et, dans les deux cas, le diagnostic est facile.

- La glossite superficielle se reconnaît à l'état de la langue, qui tantôt est dure, rétractée, couverte d'une couche brunâtre, fendillée; et d'autres fois limitée seulement au niveau des papilles, qui sont rouges, saillantes, douloureuses, surtout au contact des aliments sapides (glossite papillaire de Lebert).

Les glossites superficielles, qui n'ont aucune gravité par elles-mêmes, se

: rappelées plus loin. Cette recherche de la glycose, qui est l'objet de , est d'une très-grande importance. La GLYCOSURIE ou diabète sucré en effet, un état pathologique grave, dont le diagnostic repose avant la constatation du sucre dans l'urine. Les recherches de Brücke (*Ann. et de phys.*, 3<sup>e</sup> série, t. LXII) ont démontré, il est vrai, que la glycose n'est pas dans l'urine normale; mais comme il n'en a trouvé que des traces, la constatation du sucre dans l'urine par les moyens dont je vais parler n'en connaît pas moins son importance pratique.

ici, comme pour l'ALBUMINE, à m'occuper de la recherche de la glycose dans l'urine, puis dans d'autres liquides de l'économie. L'examen de l'urine est le seul indispensable, et d'ailleurs les moyens de recherche sont les mêmes dans tous les liquides. Je vais m'occuper successivement : 1<sup>o</sup> de la constatation de la glycose dans l'urine; 2<sup>o</sup> de son dosage; 3<sup>o</sup> des causes à éviter.

**Méthodes de constatation.** — Ils sont physiques ou chimiques.

**Aspect physique de l'urine glycosique,** lorsqu'elle est transparente d'abord, puis incolore, inodore, puis louche et blanchâtre par le repos et le refroidissement, constitue, avec la quantité considérable du liquide rendu dans les vingt-quatre heures, un premier ensemble de données physiques qui pourraient faire soupçonner la présence du sucre. Cependant l'urine peut avoir un tout autre aspect, être très-rougeâtre, riche en acide urique, au point de donner immédiatement un dépôt abondant d'acide urique, sans cesser d'être riche en sucre. En même temps, on reconnaît, à l'aide de l'aréomètre, que l'urine est très-densément sucrée, de 1,020 à 1,074, suivant Bouchardat.

Les méthodes physiques pourraient bien suffire à la rigueur dans un certain nombre de cas, mais elles ne sont pas absolues. Ainsi « l'urine, au lieu d'être très-rougeâtre, riche en acide urique, au point même de donner immédiatement un dépôt abondant d'acide urique, sans cesser pour cela d'être sucrée. De plus, la densité est un très-bon indice, mais seulement ; car, pendant l'été, l'urine d'un homme sain qui transpire beaucoup, peut avoir une densité de 1,028 et 1,029. A l'hôpital, l'urine des malades dépasse 1,025 sans être diabétique » (Méhu). En définitive, ce sont les polarimètres qui donnent les renseignements les plus probants; malheureusement ils sont très-chers, et de plus leur emploi exige des manipulations multipliées et un grand soin, et des dispositions particulières pour leur emplacement, ce qui les rend peu pratiques à ce qu'ils deviennent des moyens cliniques habituels.

On peut aussi examiner au microscope de l'urine sucrée qui a été exposée au contact de l'air et qui s'est desséchée, selon Arthur Hassall (*Med.-chir. Transact.*, t. XXXVI), pl. 1, fig. 73, qui ne se verrait dans aucun autre état de l'urine. Ce signe, découvert par l'auteur comme précieux pour la découverte d'une minime quantité de sucre, n'a pas la valeur qu'il lui attribue, puisque les sporules de ce végétal microscopique sont communes à ceux de la levûre. Un signe microscopique plus important est la présence du sucre même. En effet, l'urine diabétique ne contenant que des sels et des sels, étant desséchée, a fourni à Beale de très-beaux cristaux d'urate de soude, et ne pas avoir encore vu figurés, fig. 74.

**Méthodes chimiques** sont nombreuses et de valeur diverse. Quel que soit le procédé, on ne saurait trop recommander de n'y avoir recours qu'après avoir soigneusement examiné l'urine, traitée d'abord par quelques gouttes d'acide acétique, pour enlever le mucus et avoir un liquide parfaitement limpide.

Des méthodes chimiques, le plus en faveur est celui de Cl. Bernard et de Fehling. Il consiste à ajouter une petite quantité d'urine dans un tube con-

tenant une dissolution récente de tartrate double de potasse et de cuivre dans la potasse caustique, et l'on chauffe le mélange. S'il contient du sucre, il se produit un précipité jaune rougeâtre formé de protoxyde de cuivre. — Dans le procédé de Frommherz, la potasse en excès remplace le tartrate. — La liqueur de Fehling diffère de celle de Barreswill. Elle se conserve beaucoup plus longtemps que cette dernière, qui se décompose rapidement.



Fig. 73. — Sporules du végétal d'Haesall, d'après Beale. Grossissement 220 diamètres.



Fig. 74. — Sucre de diabète cristallisé. Grossissement : 130 (Beale).

sous l'influence des rayons solaires; elle lui est donc très-préférable. La liqueur de Fehling se compose d'une solution dans l'eau distillée de sulfate de cuivre pur, de soude caustique et de tartrate neutre de potasse. — Un troisième procédé basé sur la réduction des sels cuivriques (signalée par Trommsdorff) est celui de Capezzuoli, qui diffère du procédé Barreswill par la substitution des sels de cuivre et de potasse, de l'oxyde bleu hydraté de cuivre, et de la potasse caustique en excès.

Dans le procédé de Moore, une solution de potasse caustique est le réactif employé; la potasse doit être en excès. Mialhe a simplifié ce moyen en substituant la potasse solide à sa solution. On fait chauffer jusqu'à l'ébullition. Dans l'un et l'autre cas, le liquide prend une couleur brune ou d'un brun rougeâtre caractéristique, due à la destruction du sucre.

Maumené a conseillé de se servir d'une bandelette de mérinos trempée préalablement dans une solution aqueuse de bichlorure d'étain et séchée au bain-marie; on verse une goutte d'urine sur l'étoffe, et en chauffant fortement on obtient une tache noire très-visible, si l'urine contient du sucre. Ce moyen n'est pas usité. Une simplification du procédé Maumené, indiqué par Gosselin (d'Argentan), consisterait à prendre une compresse de fil ou de coton, à y faire tomber dessus une goutte d'urine qui s'étale aussitôt, puis à maintenir pendant quelque temps cette compresse au-dessus des charbons ardents. Si l'urine est sucrée, la chaleur déterminerait la formation d'une tache brune, surtout à la périphérie, avec odeur de sucre brûlé, ce qui n'aurait pas lieu si l'urine ne contenait que du glucose. La simplicité de ce moyen le rendrait précieux, au moins comme moyen préliminaire, s'il avait la valeur que lui assigne son auteur.

Enfin Bœtger a proposé le sous-nitrate de bismuth uni à la potasse caustique comme formant, dans les urines sucrées portées à l'ébullition, un précipité de bismuth métallique, qui est miroitant et qui adhère solidement au verre si l'opération est bien faite (Méhu).

Les divers procédés chimiques sont les plus faciles à employer, en revanche les critères qu'ils fournissent ne sont pas absolus ; et ils ne sont pas applicables à la recherche de quantités minimales de glycose. Or, l'extraction du sucre par la levure et la fermentation alcoolique sont deux moyens qui décèlent la plus petite portion de glycose ; mais ces procédés sont jusqu'à présent par trop délicats pour être habituellement mis en usage ailleurs que dans un laboratoire. Un seul de ces procédés, conseillé par Brzeszinski (1850) pour obtenir le sucre en nature, fait exception à cette règle ; il est d'une simplicité séduisante et consisterait à renfermer l'urine dans un vase de même argile que les autres ; au bout de peu de jours, on verrait une sorte de transpiration et une évaporation de sucre se faire extérieurement à la surface du vase. Mais ce procédé ne saurait déceler quatre ni même cinq grammes de sucre par litre ; il ne sert d'ailleurs à caractériser la nature de la cristallisation. C'est donc tout au plus un moyen de faciliter la cristallisation du sucre quand il y en a beaucoup.

Je chercherais plus loin les inconvénients qu'on a reproché à ces moyens, et les circonstances aux quelles ils peuvent donner lieu.

**Usage.** — En supposant la présence de la glycose dans l'urine parfaitement constatée, est-il possible de déterminer la quantité de ce principe contenu dans l'urine ? Cette détermination n'est précise qu'à l'aide du polarimètre, du saccharimètre de Soleil, ou du diabétomètre, plus portatif et moins coûteux. Le diabétomètre, de Robiquet, basé sur le même principe (*Acad. des sc.*, 1856). La déviation à droite de la lumière polarisée est mathématiquement en raison directe de la quantité de sucre contenue dans le liquide. Les figures 75, 76 et 77 représentent le diabétomètre Robiquet.



Le diabétomètre en perspective monté sur la boîte SS' servant de pied. — L, loupe. C, cercle. Le tube triangulaire servant de point de repère pour compter les degrés du cercle gradué. F, tube destiné à recevoir les liqueurs à analyser.

En l'absence de ces instruments, le moyen de dosage le plus simple est de se servir de liqueurs cupro-potassiques titrées pour une quantité donnée du liquide à analyser et que l'on verse dans des tubes gradués. On détermine ainsi comment la quantité du sucre contenu dans un litre d'urine. Ce procédé, mis en usage par Barreswill, « donne d'excellents résultats quand on a eu soin de régler la liqueur, » et il faut le faire souvent, surtout avec la solution Barreswill. Les expériences de Fehling ont démontré qu'un équivalent de glycose correspond à 10 équivalents de sulfate de cuivre.

Les moyens seulement approximatifs de juger de la quantité de glycose contenue dans l'urine sont : l'abondance plus ou moins grande des précipités



(procédés basés sur la réduction des sels cuivriques), et la coloration plus ou moins brune obtenue par les procédés Moore et Mialhe; précipités d'autant plus abondants et à coloration d'autant plus foncée que la matière saccharée dissoute serait en quantité plus grande. Ces évaluations quantitatives ne donnent

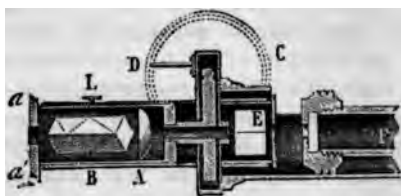


Fig. 76.



Fig. 77.

Fig. 76 et 77. — Diabétomètre Robiquet, construit par J. Duboseq. Instrument destiné à mesurer la densité dans les urines diabétiques. — A, loupe simple : elle peut être avancée ou reculée rectilignement au moyen de sa bonnette *a*, *a*, ce qui permet de fixer la vision sur la plaque bi-quartz E. B, prisme de quartz faisant fonction d'analyseur. C, cercle gradué pouvant tourner dans un plan vertical et entraînant par sa rotation l'analyseur B; cette communication de mouvement est facilement saisie à la seule action de la figure 77. D, petite tige triangulaire servant de point de repère pour compter les degrés de la graduation. E, plaque de quartz à double rotation composée de demi-disques ayant chacun une épaisseur de 7<sup>m</sup>,60 et donnant la teinte sensible bleue violacée, lorsque l'instrument est réglé au zéro. F, diaphragme central destiné à recevoir les liqueurs à analyser; il est terminé par deux bonnettes à plans parallèles mobiles, et un diaphragme métallique est placé dans son intérieur pour régulariser la marche des rayons polarisés. G, prisme de Nicol, servant de polarisateur et ne laissant passer que la lumière extraordinaire. I, bonnettes de verre vert pâle, pouvant s'enlever à volonté lorsqu'on n'opère pas à la lumière du jour.

que des à peu près, suivant la durée pendant laquelle les dépôts s'effectuent, la température employée, et la densité des liqueurs. L'appréciation de la quantité de glycose urinaire par le volume de l'acide carbonique recueilli par la fermentation est également incertaine, parce que la glycose se convertit en partie en acide lactique (Poggiale, *Traité d'analyse chimique*, p. 499).

3° Les erreurs auxquelles peuvent conduire les différents procédés que j'ai rappelés sont assez nombreuses. Ces causes d'erreur méritent d'être prises en sérieuse considération, car des réactions fautives font croire à la présence de la glycose qui n'existe pas, tandis que certaines particularités peuvent, au contraire, faire méconnaître l'existence du sucre dans l'urine, quoique la glycose soit réelle.

D'abord, dans le liquide de Barreswill, la potasse se transforme assez rapidement en carbonate de potasse, qui réduit le sel de cuivre en l'absence de glycose. Cette liqueur a donc besoin d'être nouvellement préparée (ou additionnée d'un peu de potasse caustique si elle est ancienne) pour fournir des précipités légitimes. Mais ce n'est pas l'objection la plus grave que l'on ait faite à ce mode d'investigation chimique. On lui a reproché, en effet, de faire croire à la présence du sucre dans l'urine lorsqu'il n'y existe pas un atome de glycose, la réduction du liquide cupro-potassique pouvant être opérée par des produits normaux de l'urine : par l'acide urique et les urates. Ce fait, sur lequel Leconte a insisté, et qui est commun à tous les réactifs à sels cuivriques, a été signalé par Barreswill lui-même. Il conseillait, en effet, pour éviter les méprises de ce genre, de précipiter d'abord l'acide urique par l'acétate de tribasique, de filtrer et de traiter la solution par le carbonate de soude pour débarrasser du plomb en excès. A. Becquerel a, depuis, préconisé le même procédé; mais Béhier a démontré que les urates, traités par l'acétate de plomb, le sulfate de soude indiqués par Becquerel, suffisaient très-bien pour pr

on cupro-potassique (*Soc. des hôp.*, novembre 1857). De plus, il faut que la glycérine, le tannin, la cellulose (coton) et le chloroforme peu- réduire le liquide cupro-potassique, comme le fait la glycose (Cl. Ber-

e de là que l'absence de réduction du liquide cupro-potassique mé- urines est un signe très-net de l'absence de la glycose, tandis que sa ne saurait être considérée comme une preuve décisive de la présence ans l'urine.

nt, malgré les objections qui ont été faites, Méhu croit que le réactif est excellent, et que c'est surtout dans la manière d'en faire usage ve toute sa valeur. Il faut *filtrer d'abord l'urine* avant l'emploi de ar les urines troubles par différentes causes sont presque toujours es erreurs.

mploi de la potasse comme unique réactif, les urines peuvent donner n brune sans contenir de glycose. Dans le procédé de Bœttger, auquel cours, le précipité noir ne doit être attribué à la glycose, suivant 'autant qu'il n'y a ni albumine ni sulfure, ce que l'on établit aisément une partie d'urine par l'*acide azotique et la chaleur* (pour rechercher ), et une autre partie en la faisant bouillir avec de l'*oxyde de plomb*, ne pas de précipité noir, s'il n'y a pas de sulfure dans l'urine. Le Bœttger, qui a ainsi l'avantage d'être peu compliqué pour être exact, exige que des mélanges et l'action de la chaleur, a d'ailleurs la sanc- périence; mais il est moins sensible que la liqueur bleue bien faite niée.

n'est pas jusqu'au procédé complexe de la fermentation alcoolique, en si décisif, qui ne puisse induire en erreur dans la recherche du sucre. tation, en effet, pourrait avoir lieu, suivant Leconte, dans une urine parce qu'un malade aurait ingéré à jeun une grande quantité de sucre produit accidentellement une glycosurie temporaire physiologique, que la levûre de mauvaise qualité aurait elle-même donné lieu à la on. On ne pourrait éviter ce dernier effet qu'en se servant de *levûre de ien lavée* (*Arch. de méd.*, 1857, t. X).

joute aux difficultés de la constatation de la glycose, c'est que, de pour l'albumine, il peut exister des variations diurnes de quantité qui naitre la glycosurie si l'on n'examine les urines que le matin. Des s de Cl. Bernard et des faits observés par Andral, et confirmés par it, il résulte que les urines qui ne donnaient à jeun que des traces de n présentaient après le dîner douze à vingt-cinq grammes par litre s sc., 1855). L'état de digestion constitue donc une prédisposition à la glycosurie, qui s'expliquerait, dit Cl. Bernard, par la production dérabable du sucre du foie dans cette condition. D'un autre côté, on a s glycosuries dans lesquelles le sucre disparaissait des urines pendant temps, pour y reparaitre ensuite de nouveau, comme l'a remarqué es (*Med.-chir. Transact.*, t. XXXVI). Enfin le sucre peut disparaître ne maladie fébrile (variole, rougeole, pneumonie) et réapparaître en-

iter les erreurs dans la recherche de la glycose dans l'urine, il ne faut erdre de vue les réactions trompeuses que j'ai rappelées, ni les varia- es intermittences qui peuvent résulter de l'abstinence ou de l'invasion es aiguës incidentes.

iter toute cause d'erreur, Mialhe est d'avis que l'on doit employer

successivement tous les procédés les plus pratiques qui, en se contrôlant les uns les autres, peuvent présenter des résultats certains. L'aréomètre, les alcools, les procédés de Frommherz, de Barreswill ou de Fehling, et celui de Böttger paraissent devoir être employés successivement, ce qui n'exigerait que quelques minutes (Journ. le Progrès, 1860). Pour A. Becquerel, il n'y a qu'un seul moyen infailible : le polarimètre. Béhier, d'après ses expériences, croit que le polarimètre et la fermentation réunis, en se contrôlant, sont les seuls moyens certains (loc. cit.).

**GLYCOSURIE.** — Le diabète sucré a reçu une foule de dénominations qui ont été remplacées parmi nous par le mot glucosurie (ou plutôt glycosurie) proposé par Bouchardat. Cette maladie est essentiellement caractérisée par l'excrétion ordinairement très-abondante d'une urine contenant toujours en solution une matière saccharine analogue au sucre de fécule (glycose). On a successivement formulé plusieurs théories sur les conditions organiques qui font apparaître la glycose dans l'urine. L'estomac, les reins ont été d'abord en cause pour expliquer l'apparition du sucre dans les urines. Mais ces premières opinions se sont modifiées profondément depuis les remarquables travaux de Cl. Bernard sur la fonction glycogénique du foie, et sur l'influence des lésions de certaines parties des centres nerveux sur la glycosurie (Leçons de physiologie expériment., 1855, t. I). Toutefois, si l'on est d'accord sur l'importance nécessaire du foie pour la production de la glycose éliminée par l'urine, les lésions nerveuses qui peuvent provoquer la glycosurie sont plus complexes qu'on ne l'avait cru d'abord. Cl. Bernard avait signalé la piqûre du quatrième ventricule comme la provoquant expérimentalement. Mais la question a dû être élucidée quant à l'action nerveuse qui déterminerait le diabète sucré. Schiff, par de nombreuses expériences, a démontré que la piqûre du quatrième ventricule n'est pas de spécifique, et que la section des cordons postérieurs de la moelle cervicale en respectant les cordons antérieurs, produit le même effet. Pavy, de son côté, a expérimenté en lésant certaines parties du grand sympathique et a produit la glycosurie. Enfin Schiff a montré qu'on arrivait au même résultat en ralentissant ou arrêtant la circulation dans un membre avec une ligature. En dehors de ces résultats expérimentaux très-importants, il y a surtout à tenir compte des faits pathologiques considérés comme points de départ de la glycosurie et dont on a question plus loin à propos des données étiologiques du diagnostic.

**1° Éléments du diagnostic.** — Les symptômes de la maladie ont été récemment exposés par Contour dans son excellente thèse sur le diabète sucré (1884). La donnée essentielle du diagnostic est la constatation de la GLYCOSE dans l'urine, question traitée à part dans l'article précédent. Je n'ai donc à rappeler ici que les données symptomatiques qui peuvent donner l'idée de rechercher la glycose dans l'urine.

En première ligne se place l'abondance considérable du liquide urinaire rendu dans les vingt-quatre heures (5 à 16 kilogrammes et plus), ainsi que les aspects successifs, qui sont la *pâleur*, la *transparence* et le *défait d'odeur* au moment de l'émission, son *aspect lactescent par le refroidissement*, l'exhalation d'une *odeur aigre* et vineuse. Il s'y joint les caractères physiques et chimiques que j'ai rappelés dans l'article précédent. Le méat urinaire et la prépuce sont rougis par le fréquent passage de l'urine, et parfois on peut constater de la *glycose desséchée* extérieurement dans le voisinage des parties génitales, au périnée, par exemple (Autenrieth), ou sur la chemise du malade. Friedreich a signalé la présence aux parties génitales des *glycosuriques* de *champignons microscopiques* constatés dans l'urine. Ils auraient l'app

lles, et se rencontreraient à la base du gland chez l'homme, et sous le pré-litoris et à la base des petites lèvres chez la femme (*Arch. für path.* 164). C'est un fait intéressant à connaître, mais que l'on n'aura pas l'idée au lit des malades. Enfin il y a *absence de fièvre*, intégrité de l'intelligence remarquable de la peau par suite du défaut de transpiration dans un grand nombre de cas, mais non dans tous; une *anesthésie* quelquefois com-mune, des *éruptions* diverses (lichen, impétigo, psoriasis), et un *affai-bleissement de la vue*.

Quant aux organes digestifs, les phénomènes sont souvent remarquables : la langue est sèche, la *salive* rare, épaisse, écumeuse, presque toujours acide (suivant Mialhe); *goût* fade (sucre dans la salive); *langue* humide, souvent enduite de blanc et épaisse, parfois d'un brun noirâtre; *gencives* molles, saignantes; *déchaussement* et ébranlement des *dents*, qui se carient et tombent en fragments; *augmentation remarquable de l'appétit* ou *vérité* *anorexie*, accompagnée néanmoins d'un *amaigrissement* de plus en plus prononcé; *aliments* ingérés en quantité vraiment surprenante dans certains cas, quoique la *digestion* en soit souvent facile, d'autres fois accompagnée de douleurs de chaleur épigastriques, de *renvois acides* et même de *vomissements* de matières pouvant contenir du sucre (Mac-Gregor); la *constipation* est fréquente, et les *matières fécales* sont parfois complètement inodores; plus souvent grisâtres et diarrhéiques. Les *facultés viriles* sont anéanties chez un grand nombre de fois sur dix, suivant Elliotson. Quand la maladie est avancée, il y a de la fièvre, une sensibilité exagérée au froid et des alternatives de chaleur et de froid, des signes de *tubercules pulmonaires* et un *dépérissement* à la fin de la vie, enfin de l'*œdème* aux membres inférieurs, et parfois un *épanchement dans le péritoine* dans les derniers temps de l'existence. Il sera question plus loin d'autres phénomènes concomitants ou antérieurs, qui peuvent dépendre de la glycosurie; ils dépendent des maladies dans lesquelles elle se présente comme épiphénomène, ou bien ils constituent des complications de la maladie elle-même.

**Signes diagnostiques.** — Il serait facile de critiquer cette sèche énumération des symptômes de la glycosurie, mais non de la remplacer par un tableau de l'ensemble de la maladie suffisamment complet, tant sont variées par leur nature et l'intensité les manifestations symptomatiques de la maladie. Au début, lorsque l'abondance excessive des urines, l'appétit extraordinaire, l'amaigrissement sensible, ou bien l'examen fortuit des urines ne permettent pas de remettre sur la voie, l'idée de la glycosurie peut très-bien ne pas venir à l'esprit.

Quand la maladie est franchement déclarée, au contraire, on peut dire qu'il n'y a pas un seul des symptômes principaux qui ne puisse éveiller l'idée de la glycosurie et provoquer l'examen de l'urine. Or, ces phénomènes symptomatiques se présentent à l'appréciation du médecin souvent isolément, plus rarement en groupe; aussi doit-il bien se pénétrer de connaissances suffisantes sur cette maladie, s'il ne veut pas s'exposer à faire fausse route. On a insisté avec raison sur l'importance des lésions locales produites à l'extrémité de la verge (rougeur du méat, éruptions de prurigo ou de balanite, gonflement du prépuce, phimosis et balanite), comme pouvant conduire le praticien à examiner l'urine, et devenir l'occasion de la découverte de la maladie dans beaucoup de cas (*Leçons de clin. méd.*, 1867). Le diagnostic est d'autant plus difficile que les phénomènes sont plus isolés, et ce sont les difficultés d'interprétation de ces phénomènes, c'est qu'il

La *glycosurie idiopathique* ou primitive, rencontrée presque exclusivement chez l'homme adulte, serait due à des influences hygiéniques pré-débilitantes, à l'habitation de certaines contrées (l'Angleterre et la Hollande, par exemple), à une nourriture insuffisante, trop exclusivement végétale, à l'usage immodéré des féculents, du sucre, des boissons fermentées, et, pour certains observateurs, à la suppression de la transpiration cutanée. Ces données étiologiques, dont l'influence n'est pas démontrée pour la plupart, doivent cependant être prises en considération pour le diagnostic de la glycosurie idiopathique; mais ici l'absence de tout autre facteur qui peut être l'origine d'une glycosurie symptomatique a plus de valeur diagnostique. L'hérédité, lorsqu'elle est constatée, est une donnée diagnostique de l'existence de la glycosurie idiopathique, signalée par plusieurs auteurs, et Mosler en a observé un exemple remarquable: c'était une femme diabétique, dont le père, la mère et deux sœurs étaient morts de la même maladie, et de plus le fils de cette femme fut ensuite atteint lui-même (*Berlin. med. Wochenschrift*, 1864).

Dans cette première catégorie (glycosurie idiopathique) se rangent les faits sur lesquels les premiers observateurs qui ont décrit la glycosurie ont basé leurs descriptions. Ce n'est que plus tard que les *glycosuries symptomatiques* ont été observées.

Blot, dans une thèse remarquable (1849), avança que la présence de sucre dans l'urine des femmes enceintes, en couches, et dans l'état puerpéral, était un phénomène habituel, et que sa disparition indiquait un état pathologique intercurrent. Mais Leconte (*Arch. de méd.*, août 1857) est venu nier l'existence de la glycose dans les urines des femmes en lactation; il lui aurait été possible de faire fermenter ces urines, qui n'auraient réduit le liquide de Fehling que grâce à la plus grande quantité d'acide urique qu'elles contiennent (*Voy. GLYCOSE*). Je me hâte d'ajouter néanmoins que Becquerel

tre avec la glycosurie idiopathique. Sur deux mille faits environ de diverses, Becquerel a trouvé près d'une vingtaine de cas de glycosurie matique dans des maladies du cerveau et de la moelle, et dans d'autres ns trop variées et encore en trop petit nombre pour que le fait ait une ation précise. Cependant il faut noter que Becquerel, à son grand éton- t, n'a pas constaté le phénomène dans les cas d'emphysème pulmonaire, chite chronique ancienne, de maladie du cœur, ce qui infirme complé- certaine théorie du diabète sucré qui place l'origine de la maladie dans ns des organes respiratoires (Alvaro Reynoso). Leudet (*Mém. de la Soc.*, t. IV, 2<sup>e</sup> série) a étudié l'influence des altérations organiques du cerveau production du diabète, qui peut coïncider avec la maladie cérébrale ou éder, et qui se montrerait de préférence lorsqu'il y a comme symptôme uvements convulsifs. Cette influence étiologique des affections céré- spontanées est incontestable. Trousseau et Luys ont vu la glycosurie r d'une lésion de la substance nerveuse du quatrième ventricule (*Clin. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. II), ce que faisait prévoir l'expérimentation Bernard. Le siège des lésions spontanées accompagnées de glycosurie est rs très-varié. Il y a plus : suivant le docteur Noble, il y aurait une rie due, non plus à la lésion d'un point circonscrit de l'encéphale, mais nple surexcitation de l'organe. Il n'y aurait alors ni la soif ni l'appétit onné, ni, du côté de la peau, l'acidité et la sécheresse habituellement s; seulement le sucre existerait en quantité notable dans l'urine *méd.*, 1864).

e les affections spontanées du cerveau et de la moelle, on a signalé point de départ d'une glycosurie temporaire, la commotion cérébrale ique. Moutard-Martin et P. Fischer (*Union méd.*, 1860, t. V) ont deux faits de ce genre, qui sont loin d'être les seuls connus. Plus tard, her a publié un important Mémoire sur les traumatismes comme causes ète sucré ou insipide. Il a réuni ou cité de nombreux exemples de rie survenue le plus souvent temporairement : à la suite de lésions iques de l'encéphale (coups sur le crâne), de coups sur le dos ou les i, de fractures des vertèbres, de chutes sur les pieds et la face, ts violents, et enfin de secousses ou de contusions diverses (*Arch. gén.*, 1862, t. XX). Klee a vu une jeune femme devenir diabétique à la suite s coups de hache portés sur le crâne (*Soc. méd. du Haut-Rhin*, 1864).

Gibb (*The Lancet*, 1858) prétend avoir constaté la glycosurie chez e tous les sujets atteints de *coqueluche*, et, pour Burdel (de Vierzon), t un épiphénomène habituel de la *fièvre paludéenne*, se montrant pen- s accès et disparaissant avec eux.

présence de ces glycosuries temporaires constatées sans doute par les b ordinaires, on se demande si, dans beaucoup de cas, les urates de n'ont pas simplement joué le rôle de la glycose absente ?

a donc encore beaucoup à faire pour que le diagnostic des glycosuries n dans leurs symptômes ait la précision qui leur a manqué jusqu'à pré- t cela en raison des causes d'erreur longtemps inconnues que présentent yens cliniques habituels de constatation de la glycose. Cette constatation est, en effet, la pierre d'achoppement de la question, car sans elle l'ima- n peut se livrer à de tels écarts à propos de tel ou tel signe pour porter gnostic, qu'il serait impossible d'exposer complètement le diagnostic uciel sous ce rapport. La distinction la plus importante à rappeler est e la véritable glycosurie d'avec la polydipsie et la polyurie. — Dans la



*polydipsie*, il n'y a qu'un seul symptôme : de la soif avec sèche bouche, et, consécutivement à l'ingestion des liquides, des urines dantes, très-aqueuses, sans augmentation proportionnelle de leurs solides dans les vingt-quatre heures. — Dans la *polyurie*, il y a soit le flux d'urines est exagéré; et il y a élimination proportionnelle de solides dissous dans l'urine, ce que l'on constate avec l'aréomètre (V).

J'ai dit plus haut que la *forme* idiopathique ou symptomatique déterminée. Dans l'un et l'autre cas, on cherchera quel est le *degré* d'en faisant en sorte de doser la glycosé (*Voy. GLYCOSE*). Cependant il ne faut pas se fier d'une manière absolue à la quantité de sucre cor établir le degré de la glycosurie, puisque l'on a reconnu que ce variait aux différentes époques de l'affection, ce qui a fait admettre glycosuries *intermittentes*.

Enfin, en constatant la glycosurie, on devra toujours redouter des complications graves : les *tubercules pulmonaires* et les *gangrènes* part dernière complication, qui a été signalée par Marchal (de Calvi) e mérite, comme les tubercules du poumon, une attention sérieuse rapprocher de ces gangrènes partielles les *inflammations charbon* plusieurs observateurs anglais, Prout et Cheselden principalement, en Allemagne, ont indiquées comme coïncidant avec le diabète. (de Calvi) est l'auteur qui a le plus contribué à établir l'importante cause à effet entre la glycosurie et les gangrènes. Dans un ouvrage 1864 (*Rech. sur les accidents diabétiques*), il a développé ce s tant; il en ressort que l'existence de certaines inflammations et de localisées, notamment au niveau du tissu conjonctif sous-cutané rechercher immédiatement s'il n'existe pas de glycosé dans l'urine. L'anthrax, le phlegmon diffus doivent toujours suggérer cette recherche n'a pas été déjà faite. Fritz (*Gaz. des hôp.*, 1862) a vu se développer, dans le cours d'une glycosurie, des abcès, des furoncles et phlegmon diffus. La gangrène du poumon, due à la même cause, a été par plusieurs auteurs. — La tuberculisation pulmonaire, qui comme quement aussi la glycosurie, mérite une attention particulière. Si elle se présente chez un sujet de constitution vigoureuse, dont le dépérissement en rapport avec la lésion pulmonaire, et chez lequel la glycosurie n'est encore soupçonnée, il faut examiner l'urine et y rechercher la glycosé la constatation vient éclairer sur la véritable nature des phénomènes.

D'autres complications peuvent se présenter du côté de la vue. Ce sont l'*amblyopie* et la *cataracte* dites diabétiques, qui ont été bien étudiées par dans deux Mémoires (*Gaz. hebdomad.*, 1861; *Arch. de méd.*, 1862). — L'*amblyopie*, dont la cause anatomique n'a pu être révélée par l'examen, est légère ou grave, et elle atteindrait le quart ou le cinquième (Bouchardat, Lécorché). Jointe à d'autres phénomènes qui peuvent donner la glycosurie, elle peut être le point de départ du diagnostic à la cataracte diabétique, elle a moins d'importance diagnostique puisqu'elle ne se montre, suivant Lécorché, que dans le cours des complications graves et à une époque avancée de leur évolution; cette cataracte, ordinairement molle, est ou non précédée de troubles amblyopiques ou d'affections de forme variée (*Ach. de méd.*, 1861, t. XVII et XVIII).

3° *Pronostic*. — Le pronostic de la glycosurie est souvent difficile à évaluer d'une manière précise. Sans aucun doute, il ne présente aucun danger si la maladie est symptomatique, et il est au contraire très-grave lo

est idiopathique, abandonnée à elle-même et parvenue à une période surtout si elle s'est déjà compliquée d'accidents plus ou moins graves ; mais il est précisément difficile, dans certains cas, de déterminer s'il s'agit d'une maladie est symptomatique ou idiopathique. Quoi qu'il en soit, il nous paraît que les traités de pathologie formulent un pronostic trop fatal à propos du goitre idiopathique. Pour ma part, j'ai vu guérir deux malades atteints de goitre idiopathique. L'un d'eux dépérissait depuis deux ans que sa maladie n'était guérie ; et quoiqu'il fût atteint de tuberculisation pulmonaire avec hémoptie, il guérit en six mois, en suivant strictement le traitement de la tuberculose, auquel j'associai l'usage intérieur du tannin. Cette guérison perçut en deux ans.

**RE.** — Le diagnostic du goitre est ordinairement facile, la tumeur étant plus ou moins volumineuse, sillonnée par des veines sous-cutanées plus ou moins dilatées, occupant la partie antérieure du cou, et présentant plus souvent la forme bilobée du corps thyroïde.

Le goitre, par son aspect et son siège, ne permet guère de douter que l'on ait affaire à un goitre. Cependant il pourrait arriver que l'on commît une erreur de diagnostic en présence d'autres tumeurs occupant le même siège ; car on a vu que le goitre se développait quelquefois d'une manière irrégulière, et que l'on ne rappelait pas toujours la forme du corps thyroïde.

Le goitre, en se développant sur la partie antérieure du cou ne pourrait être pris pour un goitre, ce gonflement survenant d'une manière rapide et transitoirement sans s'étendre aux parties voisines. — Un anévrysme occupant la partie antérieure du cou présenterait un ensemble de signes physiques qui, je crois, permettrait, je crois, aucun doute. Cependant il ne faut pas perdre de vue que dans le goitre qui se développe dans l'affection générale dite *cachexie strumieuse*, la tumeur goitreuse est le siège de battements et de soulèvements énergiques qui pourraient faire croire à un anévrysme, si la pâleur des yeux et les palpitations fortes du cœur, jointes à des phénomènes anémiques, n'offraient un ensemble de signes caractéristiques. — Le goitre *graisseux*, un paquet de *ganglions lymphatiques*, un *kyste*, un *abcès par congestion*, pourraient peut-être plus facilement être pris pour un goitre ; mais l'ensemble des signes locaux, et entre autres la forme, la consistance, l'insertion précise de la tumeur, la feront assez facilement reconnaître.

Pour reconnaître le goitre, il faut chercher à remonter à sa cause. Cette cause est évidente lorsqu'il s'agit d'un goitre des vallées basses et humides des Alpes, mais elle l'est le plus souvent à l'état d'infériorité physique et morale qui caractérise le rétinisme. Le goitre accidentel est produit par des influences encore peu connues, si l'on excepte les efforts violents, les contractions de l'utérus et l'hérédité de père et de mère à la fois, qui sont les causes les plus établies. Nat. Guillaud a signalé aussi l'hypertrophie de la glande thyroïdienne chez les femmes enceintes (*Arch. de méd.*, 1860, t. XVI).

Le pronostic du goitre n'est grave que dans les cas où la tumeur exerce une pression graduelle sur les organes sous-jacents, pression qui peut faire redouter une asphyxie ou une congestion cérébrale fatale, tout en déterminant de la dyspnée, l'altération de la voix et un ronflement trachéal. Ces accidents de compression ne sont pas toujours en raison directe du volume de la tumeur. Un goitre volumineux, qui s'est développé vers l'intérieur, produit quelquefois des accidents graves. Bonnet a appelé l'attention sur la gravité des goitres situés dans le cou et de la poitrine (*Acad. des sc.*, 1855), et comprimant la tra-

chée, les nerfs du plexus brachial et le nerf diaphragmatique, d'où l'aplatissement du ventre pendant l'inspiration, c'est-à-dire la *paralysie du diaphragme* cause très-grave de dyspnée.

**GOMMES.** — Voy. SYPHILIS.

**GOUT, GUSTATION.** — Pour bien comprendre les modifications de sensibilité de la langue peut subir dans les maladies, il faut se rappeler que cet organe reçoit trois nerfs différents : 1° le nerf hypoglosse, qui se distribue aux muscles de la langue et qui préside à ses mouvements; 2° le nerf lingual (5<sup>e</sup> paire), qui lui donne la sensibilité tactile, ainsi qu'aux lèvres, aux gencives, aux parois buccales; 3° le glosso-pharyngien, qui est au moins le premier nerf du goût, qui s'exerce plus particulièrement à la base de la langue, aussi à la partie supérieure du pharynx et à la partie inférieure des piliers de la voile du palais.

Ce simple exposé démontre que l'application d'une substance sapide fait de la langue dans le but de rechercher l'état du goût doit être dirigée vers la base de cet organe, et que la recherche de la sensibilité tactile peut être exercée indifféremment dans tous les points de la muqueuse intra-buccale.

Les faits qui précèdent montrent encore à quel nerf il faut rapporter les sensations des *mouvements* de la langue (à l'hypoglosse), de sa sensibilité tactile (au nerf lingual et un peu au glosso-pharyngien), et de la gustation (au glosso-pharyngien). Il ne faut pas perdre de vue non plus ce fait physiologique très-important : le sens du goût est inférieur à l'odorat; que celui-ci est nécessaire à une gustation complète, et que, dans l'exploration du sens du goût, il faut que les fosses nasales ne soient pas obturées.

Il est rare que l'on recherche l'état de la fonction de gustation dans les maladies; on se contente ordinairement de constater l'état de la sensibilité de la muqueuse buccale ou linguale, comme on le fait pour celle du nez et de la conjonctive. Aussi les altérations du goût comme éléments diagnostiques sont-elles insuffisamment connues.

On ne saurait conseiller au médecin, ni même aux malades eux-mêmes, de recourir à la gustation pour juger la saveur de certaines excréments, comme l'urine. C'est là une exploration dégoûtante dont on devrait rayer les résidus des descriptions classiques, ce que justifierait d'ailleurs leur peu d'importance.

**GOUTTE.** — J'admets, avec la plupart des observateurs, que la goutte est une affection distincte du rhumatisme, et que c'est seulement dans des cas exceptionnels que les deux maladies paraissent se confondre. Les recherches de Garrod sur la goutte ont mis hors de toute contestation cette distinction. *Goutte, sa nature, son traitement, et le Rhumatisme gouteux*; traduit par A. Ollivier, et annoté par Charcot, 1867). Cet ouvrage est le traité le plus complet qui ait été consacré à cette maladie; aussi nous fournira-t-il des matériaux importants pour certains points de diagnostic à traiter dans cet article. Mais tout je dois rappeler que Garrod a élucidé le premier avec précision la question de la présence de l'acide urique dans le sang, où il n'en existe que des traces dans l'état physiologique, tandis que cet acide ou les urates sont en excès dans le sang des gouteux. Ce fait important n'avait été qu'une hypothèse depuis la fin du siècle dernier. Garrod a montré de plus que l'on trouve cet acide dans tous les épanchements morbides qui se forment chez les gouteux, dans les séreuses par exemple, comme dans la sérosité des vésicatoires. Cette distinction de l'acide urique avec les dépôts de matières tophacées, composées principalement d'urate de soude, dans les différentes parties qui constituent les jointures,

bre constant et vraiment scientifique de la goutte. Il en fait une maladie distincte de toutes les autres, dont les symptômes et la marche sont aigus ou chroniques.

*Méthodes du diagnostic.* — Ils ne sont pas les mêmes dans la goutte dans la goutte chronique.

*Goutte aiguë*, décrite par Sydenham, est caractérisée par des accès tout brusques. Le malade, en effet, est pris subitement vers le milieu de la nuit d'une douleur intense au gros orteil, quelquefois aussi au talon, au gras de la cheville du pied, où les veines sont considérablement gonflées. La douleur qui ressemble à la dislocation des os des parties affectées, s'accompagne d'un sentiment de froid glacial non sensible à la palpation, de tremblement, de fièvre légère. Cette douleur, qui a le caractère d'une tension violente, s'accompagne d'un enrouement des ligaments ou d'une morsure, qui empêche la marche et est aggravée par le simple poids des couvertures, produit de l'agitation et de l'insomnie jusqu'à ce qu'une douce moiteur, un gonflement de la partie douloureuse (empâtement, rougeur sombre et diffuse) et le sommeil, en annonçant la fin de l'accès, interviennent, ordinairement au bout de vingt-quatre heures. L'accès, dès qu'il est diminué, se prolonge quelquefois encore pendant un ou deux jours, et se termine par l'émission d'urines sédimenteuses et de sueurs visqueuses locales. Ces accès sont quelquefois suivis d'œdème, d'engorgements et de desquamation localisés. Les crampes sont fréquentes ainsi que les symptômes d'une dyspepsie flatulente. Comme le fait remarquer Sydenham, ces accès se groupent pour constituer une véritable attaque de goutte, qui revient ordinairement l'année suivante, vers la même époque, et généralement vers le printemps. Ces attaques durent un ou deux septénaires et peuvent quelquefois pendant un et même deux mois. Dans la goutte aiguë, ce sont les extrémités supérieures qui sont atteintes.

*Goutte chronique* a, comme principaux caractères distinctifs, de succéder souvent à l'aiguë, car la ligne de démarcation entre l'une et l'autre est toute arbitraire, comme l'a fait remarquer Garrod. On a dit que la goutte chronique se montrait fixée dans une ou plusieurs petites articulations, sans douleur aussi intense que la précédente, avec un gonflement constant et des douleurs articulaires qui déjettent et renversent les doigts en rendant leurs mouvements très-douloureux ou même impossibles. Mais il est évident que nous approfondissons ici le rhumatisme goutteux, qui n'est qu'une forme particulière de la goutte chronique combinée au rhumatisme, avec la goutte chronique proprement dite qui se caractérise par des accès plus ou moins répétés de goutte et de déformations des parties affectées, déformations dues principalement à des cristaux de urates composés surtout d'urates de soude et de chaux, et qui visent à enflammer et même ulcérer la peau à leur niveau.

Les caractères principaux de la goutte sont loin d'être les seuls symptômes de la maladie. Il en est beaucoup d'autres dont il faut tenir compte, mais que je ne puis énumérer dans ce qui va suivre.

*Signes diagnostiques.* — Lorsque la goutte est aiguë, le siège des douleurs locales, la douleur subite et plus ou moins vive qui survient la nuit au gros orteil, la distension des veines qui l'entourent, le gonflement, tout l'ensemble des symptômes groupés qui constituent l'accès ou l'attaque permettent immédiatement reconnaître la maladie : il n'y a pas à s'y tromper. On ne peut prévoir le retour d'une attaque, chez les sujets qui en ont déjà précédemment éprouvé, que par l'apparition d'un malaise général, de l'insomnie, de l'anorexie, des démangeaisons, du fourmillement ou du prurit dans les membres, un refroidisse-

## GOUTTE.

ment des extrémités, la turgescence des veines voisines de l'articulation le siège des phénomènes locaux et des crampes. W. Gairdner a signalé une méfaction du foie sensible à la percussion, à la palpation et même par le dément de l'hypochondre, comme marquant le début des accès de goutte. Se avait fait déjà cette remarque, dont la justesse a été confirmée par l'ob de Galtier-Boissière sur lui-même (*Thèse de doctorat*, 1859). Quoiqui gnostic soit en général facile à l'aide des signes locaux, il en est qui faire croire à une autre affection. Telle est par exemple la teinte pres que présente quelquefois le gros orteil atteint, et qui est due à une ext sanguine, ainsi que l'a signalé W. Gairdner (*On gout*, 1860). Cette i noire, jointe à l'intensité des douleurs, pourrait, il me semble, être premier abord pour une gangrène embolique, surtout s'il existait d d'affection cardiaque. Il est vrai que l'existence d'accès antérieurs de permettra pas en pareil cas de persister dans cette erreur.

Le diagnostic n'offre pas de difficulté lorsque la goutte est chronique fixée sur les petites articulations des pieds ou des mains, qu'elle a dé comme immobilisées, surtout lorsque le début a été marqué par des goutte aiguë, ce qui est le plus ordinaire. Les déformations, qui sont s diagnostic, sont de deux sortes : les unes dépendent des attitudes qu'adoptent instinctivement les malades, et de la rétraction spasmodiq bissent certains muscles; les autres sont la conséquence de ces dépô de soude situés dans le voisinage des jointures et désignés par le mot t *tumeurs tophacées*. L'existence de ces dépôts constitue un signe patho que de la goutte, en ce sens que la vraie goutte est la seule maladie observe; aussi ces dépôts caractéristiques méritent-ils une étude pa

La consistance d

pôts varie beaucoup tantôt mous, tantôt que la craie elle-m rod, qui fait cette : signale comme fré petits amas blanchâ me crémeux, sur l' sujets atteints de go nique, et qui ne s chose que des dé d'urate de soude. l stance, additionnée ques gouttes d'acid et chauffée sur une porcelaine, prend, est à peu près des ensuite exposée à l' vapeurs d'ammonia belle couleur pou à la formation de (Liebig), ou purpu moniaque (Prout).

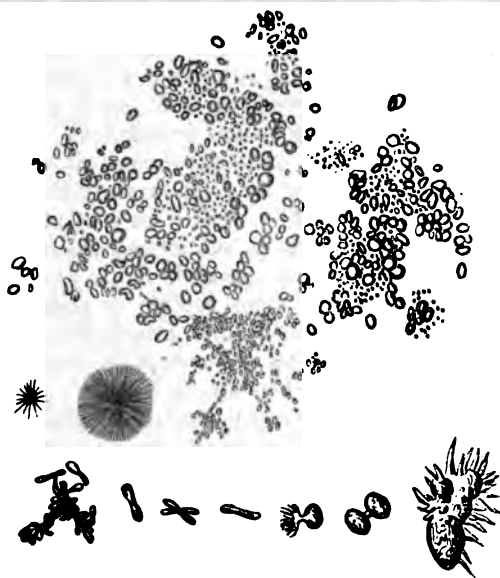


Fig. 78. — Urate de soude et d'ammoniaque (Robin).

incinérée, cette même matière présente les réactions de la soude, et si par refroidissement ou après évaporation, et exposée à la lumière laisse déposer des cristaux en aiguilles d'urate de soude, ordinairement

es arrondies ou en aigrettes, fig. 78. A l'état demi-solide, ces cristaux d'urate de soude doivent être dissociés en ajoutant une goutte d'eau à la préparation et en agitant légèrement sur le verre qui la recouvre. — Enfin la matière des dépôts est déposée dans l'épaisseur des tissus et solidifiée, est unie à des substances grasses et terreuses, qui obligent à la traiter par l'eau chaude, qui dissout l'urate de soude. Ces tophus, outre l'urate de soude, contiennent en bien moindre abondance du chlorure de sodium, du carbonate d'ammoniaque et de l'urate de chaux. Parmi ces concrétions tophacées qui occupent différentes parties du corps, Charrot et Cornil ont signalées comme lésions microscopiques au niveau des os (Mém. de la Société de biol., 1863, t. V), Garrod signale les concrétions osseuses de l'oreille externe, qui accompagnent ordinairement celles constatées dans d'autres parties. Chez un malade qui n'offrait qu'une concrétion goutteuse, on n'aurait pu constater l'existence de la goutte; et chez un autre malade observé par Charcot, les concrétions de l'oreille s'étaient montrées au moins un an avant l'apparition de la pre-mière attaque goutteuse articulaire (Fernet, *De la Diathèse urique*, Th. d'agrég., 1884).

On comprend l'intérêt qu'a le praticien à connaître ces particularités lorsqu'il veut rechercher l'existence de la goutte dans les manifestations de ce genre. Les dépôts d'urate de soude ne se forment donc pas seulement aux articulations, à leur pourtour, au niveau des cartilages, des tendons, des bourses séreuses, etc. Outre l'oreille, où ces dépôts sont remarquables, on en a vu à la face palmaire de l'extrémité des doigts, sur les paupières, dans les muqueuses de la face (Garrod), sur l'aile du nez (Barker), dans les corps caverneux, sur la sclérotique (Reynolds), et jusque dans la profondeur des tissus. Les localisations de dépôts d'urate de soude sont rares, de même que celles qui ont été signalées à la face interne des artères, dans l'aorte, dans des concrétions valvulaires (Lancereaux). Les plus rares sont les dépôts que l'on a rencontrés dans les viscères, si toutefois on doit les considérer comme se rapportant à la goutte, car la chose a été considérée comme peu certaine, même par les auteurs qui ont rapporté les faits de ce genre.

On a cru pendant longtemps que l'urine contenait un excès d'acide urique dans la goutte. Garrod a démontré que leur urine tantôt en contenait moins que la normale, et tantôt que l'acide urique n'a jamais excédé la moyenne normale, ou lui a été le plus souvent inférieure. Ce n'est qu'au moment de la crise que la proportion d'acide urique augmente, et parfois elle dépasse la moyenne normale, de manière à produire ce qu'on appelle une *urine électrique* (Garrod, *ouv. cité*, p. 177).

l'étude des antécédents du malade fournira des données dont on tirera parti pour le diagnostic; outre les attaques antérieures, on constate comme causes étiologiques l'hérédité, une alimentation riche, surtout animale, l'abus du vin, l'alcoolisme, la vie sédentaire, une constitution forte. A propos de ces influences, il faut noter la remarque de plusieurs auteurs anglais, qui ont établi une démarcation profonde entre les boissons spiritueuses et les simples boissons fermentées, ces dernières ayant une action très-active sur le développement de la diathèse urique, tandis que les spiritueux très-riches en alcool (eau-de-vie, etc.) sont presque sans influence pour la production de cette diathèse. La marche antérieure des accidents que l'on observe peut aussi aider au diagnostic. L'enchaînement des accès, leurs exacerbations du soir, leur atténuation pendant la nuit, le développement des lésions goutteuses locales, ne doivent pas être oubliés de vue.

Quant à la goutte n'est pas régulière, lorsqu'elle se montre d'abord au cou-de-pied, aux articulations des membres supérieurs, ce n'est que par les particu-





bulles de gaz. Quand le mélange est bien fait, on y plonge un ou deux fils faits d'un morceau de toile ouvrée non encore lavée, ou de tout autre tissu de ou de simples brins de charpie (Charcot). Le vase est mis à l'écart jusqu'à ce que le sérum soit coagulé et presque sec. Temps nécessaire pour que l'opération terminée varie de 36 à 60 heures... Pour que l'acide urique existe dans le sérum en quantité supérieure à 0<sup>re</sup>,0016 pour 65 mes de sérum, cet acide se déposera sous forme de cristaux le long des fils, de manière à présenter la disposition bien connue du suind. Vu au microscope (à 50 ou 60 diamètres) ou simplement avec une lentille, l'acide urique se présente sous forme de cristaux rhomboédriques (Voy. GRAVELLE, fig. 80) dont les dimensions varient suivant la quantité de la dessiccation du sérum, et suivant la quantité d'acide urique contenu dans le sang (Garrod, *ouv. cité*, p. 121). On agit de la sorte pour la sérosité d'un vésicatoire avec lequel on obtient des résultats identiques.

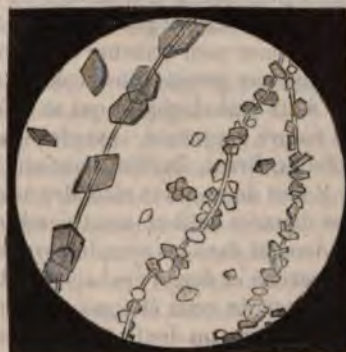


Fig. 79. — Cristaux d'acide urique provenant du sang d'un gouteux, et obtenu par le procédé du fil. Grossissement : 220 (Garrod, pl. v).

La constatation de l'acide urique en excès, ainsi que l'a fait observer Garrod, n'est pas propre à la goutte; car la diathèse urique se constate de la même manière dans l'albuminurie chronique et dans certaines intoxications saturnines, et proviendrait de ce que l'élimination de l'acide urique par les reins étant diminuée, cet acide s'accumulerait dans le sang. C'est ce qui explique comment la goutte a pu coïncider avec l'intoxication saturnine, fréquemment suivant l'opinion, ce qui a été mis en doute; mais la coïncidence n'en est pas moins réelle, dans certains cas, ainsi que Bucquoy l'a observé (*Bull. de la Soc. méd. opér.*, 1868).

Le diagnostic de la goutte ne peut être limitée à ce qui précède; cette goutte est rendue plus complexe, en effet, par les manifestations gouteuses que l'on peut constater dans les organes autres que les petites articulations des extrémités. Ces manifestations, que l'on a qualifiées de *maladies gouteuses* et de *goutte multiple*, ne doivent être admises qu'avec une certaine réserve, peuvent être considérées comme des formes symptomatiques particulières, indépendamment des formes aiguë ou chronique, régulière ou irrégulière, de la goutte.

Considérées isolément, ces affections locales ne diffèrent en rien de celles qui sont observées en dehors de toute influence gouteuse; aussi serait-il impossible de songer à leur attribuer ce caractère diathésique en ne tenant compte que de leurs caractères propres. C'est sur leur coïncidence avec les phénomènes ou au moins légitimes de la goutte que l'on a dû se baser pour leur attribuer une origine gouteuse. Or, les conditions principales sur lesquelles on s'est appuyé pour les reconnaître sont les suivantes : 1<sup>re</sup> Ces affections sont précédées, accompagnées ou suivies d'accidents locaux qui caractérisent les accès de goutte proprement dits. Si le malade n'a jamais senti ces accidents, le malade à des ascendants gouteux, ou s'il a rendu plus ou moins fréquemment du sable par les urines.

Les conditions sont loin d'avoir une valeur égale. Si, en effet, on considère la rigueur que l'on doit apporter à la solution de ces questions complexes, on ne doit rechercher les maladies gouteuses, non articulaires, que dans celles qui accompagnent, précèdent ou suivent les accès ou les attaques

de goutte franche. L'hérédité, la gravelle ne peuvent, en effet, que susciter le soupçon de leur origine goutteuse, sans qu'il soit permis d'aller au delà et de risquer de s'exposer à une grossière erreur. Quant aux accès articulaires caractéristiques antérieurs, actuels ou consécutifs, comme preuves les plus positives de la nature goutteuse des autres maladies observées, ils ne suffisent eux-mêmes pour trancher toujours la question ; car admettre cette concordance comme une preuve sans réplique dans tous les cas, conduirait à considérer les états pathologiques qui se manifestent chez un sujet goutteux comme de nature goutteuse : exagération contre laquelle ont protesté même d'anciens auteurs, Grant, Barthéz l'ancien, par exemple.

Il faut donc, pour résoudre affirmativement la question, que l'on s'appuie sur des données suffisamment nombreuses, pour être concluantes, et puisées non seulement dans les symptômes, mais encore dans les antécédents et surtout dans la marche et dans l'enchaînement, ou l'enchevêtrement des phénomènes locaux et de ceux éloignés des articulations. Hors de cette condition, tout soupçon ou doute sur la nature réelle des affections goutteuses non locales.

Les auteurs anciens ont considéré comme de nature goutteuse un grand nombre d'affections cutanées. Bazin a insisté sur leur légitimité, et les a groupées sous le nom d'ARTHRITIDES. Avant lui, on avait rattaché à la goutte les *eczéma* et les *ulcères variqueux*, l'*eczéma* chronique des oreilles, les *extrémités inférieures* (Musgrave, Ludwig), le *psoriasis* palmaire (Wilks), le *psoriasis généralisé* (Albert, Holland), le *prurigo* et le *prurit anal* (Trastour), l'*érysipèle* (Lorry). Les *hémorroïdes* ont été signalées aussi comme une manifestation de la goutte.

Barthéz, à qui l'on doit un *Traité des maladies goutteuses* où il résume les opinions émises avant lui, a cherché à démontrer la légitimité des noms appliqués aux affections qu'il a passées en revue, comme étant de nature goutteuse, et à y parvenir pour toutes. Il les a rattachées à une *cachexie goutteuse* (ou d'ailleurs, lorsque les signes articulaires manquent absolument, est une pure hypothèse).

On peut dire qu'il n'y a pas d'affection interne, aiguë ou chronique, qui n'ait été mise au nombre des maladies goutteuses. Mais parmi toutes ces affections la gravelle et les troubles nerveux sont les moins hypothétiques. Parmi les *névralgies*, la névralgie sciatique a été principalement rattachée à la goutte, ainsi que des SPASMES divers, et les accès de VERTIGES, qui sont un des symptômes goutteux les moins contestés. Les *viscéralgies* goutteuses sont les affections sur lesquelles on a le plus insisté. On les trouve décrites, se combinant avec la goutte, à propos de la goutte de l'estomac et des intestins.

Lorsque les phénomènes occupent ces derniers organes, selon Barthéz, il y a deux espèces de goutte : l'une est dite *goutte d'excitation*, l'autre *goutte de faiblesse*. — S'il y a *faiblesse*, il survient une sensation de *constriction* et de *chaleur*, un sentiment de *pression* qui peut s'étendre à la poitrine et à la tête ; de la *dyspnée* avec *oppression*, des *bâillements*, des *idées tristes*, de la *céphalalgie*, des *vertiges*, et parfois des *défaillances* ou des *syncopes*, qui peuvent faire craindre une mort imminente. Quelquefois un *spasme de l'estomac* donne lieu à des *regurgitations* aqueuses s'accompagnant de crispation pénible. — Si, au lieu de la *faiblesse* il y a prédominance de l'irritation de l'estomac et des intestins, ce sont des *coliques* et des *coliques vives*, auxquelles peut succéder une *affection inflammatoire* de l'estomac et des intestins, qui donne lieu alors à des *vomissements* et à la *diarrhée* et même à la *dysenterie*.

vé chez une dame goutteuse le premier groupe de ces phénomènes, s desquels sont apparues irrégulièrement aux extrémités : des dou- des sensations de froid glacial, des sueurs passagères ; enfin les pieds se sont desquamés. Ces signes incidents, joints à quelques antécé- ux vers un orteil et à l'hérédité, donnaient la démonstration de la euse des phénomènes nerveux.

ore considéré, comme affections goutteuses : du côté des reins, les ur, la *gravelle* ; vers les organes génitaux, certaines *douleurs ou ies utérines et écoulements* génitaux ; du côté des organes respira- ry-a, le *catarrhe bronchique*, le *catarrhe suffocant* (bronchite néralisée), la *pneumonie*, l'*œdème du poumon*, l'*asthme* et même es *pulmonaires* ; vers la gorge, la *pharyngite*, le *spasme de l'œso-* 1, du côté de l'appareil nerveux, la *cephalalgie*, l'*apoplexie*, les le *trismus*, la *chorée*, l'*hystérie*, l'*épilepsie*, l'*hypochondrie* ; du ie et de l'ouïe, des *ophthalmies*, de l'*amblyopie*, et même la cata-

affections si disparates, la gravelle mérite une place à part. Quant ations aiguës des viscères, ainsi que l'angine et l'érysipèle, on ne idérer avec Barthez l'existence d'un sédiment rouge dans l'urine aractère essentiel et suffisant de leur nature goutteuse.

auquel est arrivée la maladie est loin d'être indifférent à considérer nostic de la goutte franche. A force de se répéter, les attaques finis- tre plus séparées par des intervalles de santé parfaite. Les lésions leviennent permanentes, et il persiste une détérioration générale de on assez mal définie et à laquelle on a donné la dénomination de *utteuse*. Les déformations articulaires et les concrétions tophacées, ent ou non des fistules cutanées, sont les lésions les plus irréfraga- ienneté de l'affection.

rie accompagne fréquemment la goutte chronique (Garrod). On ne dérer comme de véritables *complications* les affections non articu- t été admises comme étant d'origine goutteuse, quoique ces affec- nt avec les phénomènes goutteux des petites articulations. On doit 'il n'y a véritablement complication que dans les cas où, les dou- laires diminuant ou cessant, il survient tout à coup des symptômes es organes internes, que l'on pense ou non qu'il y ait *métastase* ou de la goutte articulaire.

faits cités par les modernes semblent autoriser à admettre la réalité es goutteuses, mais on ne peut encore considérer la science comme gard. D'une part, en effet, beaucoup d'affections intercurrentes, con- me des exemples de goutte interne, ne diffèrent en rien, comme je haut, des affections semblables qui se développent indépendamment e, telles sont l'*angine*, la *gastrite*, l'*entérite*, la *bronchite*, la e, considérées comme goutteuses ; d'un autre côté, si, depuis les pro- es de l'anatomie pathologique, on a pu recueillir des cas exception- squeles des douleurs thoraciques avec dyspnée étaient survenues sans ns pussent expliquer la mort, on doit reconnaître avec Castelnau ce que l'on ait comparé la fréquence des accidents chez les gout- art et chez les individus exempts de cette affection d'autre part, il ne ir de démonstration complète (*Arch. de méd.*, 1843, t. III). J'ai vu outteux succomber rapidement à une dyspnée, due manifestement à ie du *diaphragme*, que l'on n'a pas recherchée peut-être suffisam-

ment en pareille circonstance. Quoi qu'il en soit, le praticien n'oubliera que, si l'induction des faits est incertaine, les faits eux-mêmes d'accidents vers la poitrine, l'épigastre, etc., dont la gravité est incontestable, sont réels, et doivent être redoutés chez les gouteux.

3° *Pronostic.* — La goutte n'entraîne pas la mort, si ce n'est dans les cas dont il vient d'être question, et dans lesquels surviennent des accidents vers un organe interne. Une terminaison fatale est alors ordinaire, si les troubles morbides se montrent immédiatement après la disparition rapide d'accidents gouteux péri-articulaires.

**GRAISSE.** — La graisse, infiltrée en abondance dans la trame de la plupart des organes, constitue l'OBÉSITÉ. Comme terme de transformation morbide elle caractérise pour certains organes une régression nutritive, lésion plus ou moins grave qui a été étudiée dans les derniers temps (*Voy. TRANSFORMATION GRAISSEUSE*). Enfin la présence de la graisse dans les liquides de l'économie où elle est émulsionnée par des alcalins, donne à ces liquides un aspect blanchâtre et lactescent qui a motivé les interprétations les plus erronées (*Voy. SANG, URINE*).

**GRANULATIONS.** — On constate sur les muqueuses accessibles à la vue, comme la conjonctive oculaire, la muqueuse du pharynx, et celle du vagin, du col de l'utérus, des saillies granulées ou granulations qui résultent de l'inflammation aiguë ou chronique des follicules mucipares (*Voy. PHARYNGITE, MÉTRITE, VAGINITE*). On a donné le même nom de granulations à des éléments microscopiques variés que je n'ai pas à décrire ici, et à une lésion anatomique admise et rejetée tour à tour comme premier germe du tubercule. Il sera question de cette dernière lésion au mot TUBERCULES.

**GRANULEUSE (Respiration).** — J'ai désigné par ces mots un type de respiration anormal dû à la succession de petites saccades douces et irrégulières dont la sensation acoustique peut être comparée à la sensation tactile produite entre les doigts par le glissement des grains d'un chapelet. Il me semble que la pénétration difficile de l'air dans les conduits aériens. Fugace ou persistant, le bruit anormal est moins irrégulier, plus profond, plus doux que le bruit de la toux, et il ne se montre pas, comme lui, dans la convalescence. Il se distingue d'un râle sous-crépitant obscur : 1° par son caractère manifeste de sécheresse ; 2° par la persistance de ses caractères après la toux.

J'ai signalé cette respiration anormale dans la *congestion pulmonaire* (*Ann. de méd.*, 1854, t. III) ; mais elle n'en est pas un signe pathognomonique, puisqu'on la retrouve dans l'*emphysème* du poumon, la *pleurésie*, la *phthisie*. Confondue précédemment avec le râle sous-crépitant ou avec un bruit de frottement pleural, la respiration granuleuse constitue une variété de la rudesse du type respiratoire, et sans doute du *râle crépitant sec à grosses bulles de Lacombe*.

**GRANULIE.** — Dans un ouvrage fait avec soin, Empis a décrit, sous le nom de *granulie*, ou *maladie granuleuse*, une maladie aiguë fébrile, ayant pour lésions la production de granulations transparentes au niveau des méninges, des poumons, de la plèvre et du péritoine, et, pour manifestations symptomatiques, des phénomènes morbides annonçant une maladie intra-crânienne, thoracique ou abdominale. C'est ce que les auteurs ont décrit avant Empis sous les noms de *phthisie pulmonaire aiguë*, de *méningite*, de *péritonite tuberculeuses*. Ce n'est pas ce qui a empêché Empis d'adopter cette manière de voir, en la remplaçant par la description d'une maladie nouvelle (*De la Granulie ou maladie granuleuse*, 1854). C'est que, pour lui, les granulations dites tuberculeuses sont essentiellement distinctes du tubercule, et le produit d'une inflammation spécifique produite

granulations spéciales. Le nœud de la question est dans la nature de ces granulations, qui sont ou ne sont pas des tubercules en germe; car, de l'aveu de tous, la fièvre de sa granulie n'a rien de spécial par elle-même, et ne se caractérise que par les manifestations locales vers la tête, la poitrine ou l'abdomen, manifestations déjà connues et décrites. Or, si les premières recherches micrographes ont pu prêter un point d'appui aux opinions du savant auteur de la granulie, des recherches ultérieures plus complètes ont trop positivement établi l'identité des granulations en question et du tubercule, comme on peut le voir dans le mot TUBERCULES, pour que l'on puisse, à notre avis, se ranger à l'opinion de notre collègue. Son livre sur la granulie n'en reste pas moins comme toujours la meilleure description qui ait été faite de l'état fébrile aigu qui précède l'invasion du tubercule granuleux dans les trois cavités splanchniques, et qui a été trop fréquemment méconnu, parce qu'il n'est souvent que temporaire. (Voy. TUBERCULES et PHTHISIE AIGUE).

**GRAVELLE.** — La gravelle est caractérisée par la formation dans les reins, d'une excrétion plus ou moins facile par les conduits urinaires, de concrétions solides sous forme de sable et de granulations ou graviers d'un volume variable, permettant toujours leur passage dans l'uretère.

**Éléments du diagnostic.** — Les symptômes varient suivant le volume des concrétions observées dans l'urine. Lorsque ces concrétions sortent avec l'urine sous forme de sable cristallisé ou amorphe, ou lorsque leur cristallisation n'a lieu qu'après le refroidissement de l'urine, les symptômes sont nuls, ou il y a simplement une sensation de gêne ou une douleur sourde dans les régions rénales.

À certains moments, des graviers trop volumineux pour pouvoir facilement passer dans les uretères se trouvent engagés et arrêtés momentanément dans les conduits, d'où peuvent résulter l'hématurie, des coliques néphrétiques, et, dans certains cas, la distension de l'uretère par l'urine et même la pyélite, qui sont des complications. Le gravier agit alors comme un véritable calcul. Suit l'état dans lequel se trouvent les organes urinaires, l'urine peut contenir du pus, du mucus, ou de l'albumine, qui lui donnent des caractères variables. Elle est acide ou alcaline, suivant la nature chimique des granulations. Je m'occuperai plus loin à propos des formes diverses de la gravelle.

**Inductions diagnostiques.** — La présence du sable et des graviers dans l'urine, lorsqu'ils ne proviennent pas de l'écrasement d'une pierre dans la vessie, est le signe pathognomonique de la gravelle. Mais avant tout il faut résoudre une question importante : celle de savoir si l'on a affaire à un simple écoulement urinaire, ou bien à une gravelle réelle. On doit admettre qu'il y a simple écoulement lorsque l'urine est rendue sans dépôt solide immédiat, et si le dépôt est nécessaire pour que le sable adhérent aux parois du vase ou cristallisé se forme. Il n'y a véritablement gravelle que lorsque l'urine est rendue avec des grains de sable provenant tout formés des reins à l'instant même (Civiale). Le bruit de la chute de graviers sur les parois du vase pendant la miction est un signe pathognomonique, mais très-rare, de la gravelle.

La gravelle étant évidente, il faut compléter le diagnostic en établissant quelle est sa forme ou son espèce, suivant les caractères physiques et chimiques de l'urine et surtout des concrétions. À ce dernier point de vue, elle a été classée en urique, phosphatique, oxalique, cystique, et désignée, dans ces différents cas, par les expressions de gravelle rouge, grise, blanche ou jaune.

— Les graviers d'acide urique sont de beaucoup les plus communs. On sait qu'ils se sont formés dans les reins avant l'émission de l'urine, lors-



qu'ils occupent le fond du vase, tandis que l'acide urique cristallisé au certain repos se montre sur les bords supérieurs du liquide.

L'urine, suivant la remarque de Rayet, est constamment acide dans la forme de gravelle; elle devient louche lorsque, après l'avoir filtrée, on y ajoute l'acide nitrique, qui précipite une certaine quantité d'acide urique.

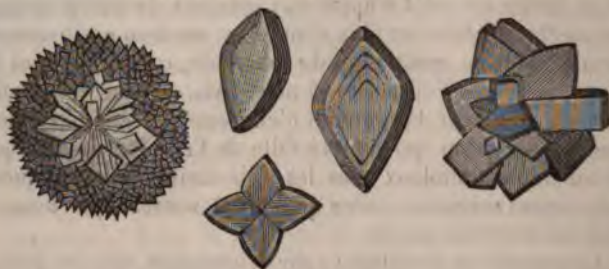


Fig. 80. — Acide urique (Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*, pl. xi et xii).

La gravelle rouge est due à une matière colorante de nature encore inconnue. Examinés au microscope, on leur reconnaît les caractères variés d'acide urique, qui affecte les formes différentes que nous montrent les figures 80 et 81.



Fig. 81. — Acide urique. — Cristaux rhomboédriques à angles moussus (Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*, pl. xiii, fig. 2).



Fig. 82. — Acide urique. — Grands rhombes à angles moussus (Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*, pl. xvi, fig. 3).

et 83. Ces concrétions d'acide urique se dissolvent dans les alcalis et dans l'acide nitrique avec effervescence; exposées à un feu vif, elles sont entièrement consumées, caractère très-important de la gravelle urique. L'urate d'ammoniac se présente sous la



Fig. 83. — Acide urique hydraté (Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*, pl. xvi, fig. 2).

forme de poudre amorphe. — Lorsque l'acide urique est dissous dans l'acide nitrique dilué, donne un précipité blanc d'acide urique cristallisé, qui se distingue de l'urate d'ammoniac par ce qu'il se dissout dans le même liquide. — Lorsque la gravelle est phosphatique, l'urine est alcaline au moment de son émission, et elle

est précipitée par l'addition de l'acide nitrique. — Les graviers sont ici de deux sortes : 1° ceux de phosphate ammoniacal-magnésien qui se montrent au microscope sous des aspects différents, comme l'acide urique

ont le plus souvent *très-friables*, *gris* avant de lavage (gravelle grise) étant lavés; 2° ceux de *phosphate de chaux*, qui ont une couleur l'ou le nom de gravelle blanche, donné aussi aux graviers de *carbo-iaux*, et qui sont également très-friables et se dissolvent avec efferves-  
 is les aci-  
 remiers de  
 ers, ceux  
 de phos-  
 oniacoma-  
 nt de beau-  
 plus fré-



ismes obliques  
 e de magnésio  
 erdeil, *Chimie*

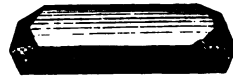
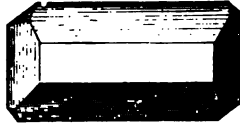


Fig. 85. — Phosphate ammoniaco-magnésien. — Cristaux prismatiques communs (Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*).

verdissent le sirop de violette, ont une saveur *salée*, donnent de *lique* par leur trituration avec la *potasse* ou la *soude*, et *noir-*  
 r les charbons ardents, en répan-  
 deur *ammoniacale*. Les graviers  
 de espèce (phosphates de chaux)  
 rares, ainsi que les concrétions  
 dres sels de chaux; ils présentent  
 s d'intérêt. Les figures 87 et 88,  
 urs caractères microscopiques.

termes de *gravelle jaune* sont don-  
 dont les graviers sont généralement  
 e *brun*, quelquefois d'un *brun*  
 et composés d'*oxalate de chaux*.  
 e, vu au microscope, affecte des  
 erses, comme la plupart des autres  
 les concrétions de la gravelle, ainsi  
 it aux figures 89, 90 et 91. Ces  
 raviers ont pour caractère d'aban-  
 ide oxalique lorsqu'on les chauffe  
 u chalumeau, qui les boursoufle  
 ge en une *poudre blanche* alcaline, qui n'est autre chose que de la



Fig. 86. — Phosphate ammoniaco-magnésien. — Cristallisation en feuilles de fougère (Robin et Verdeil, pl. VIII, fig. 2).

gravelle dite *cystique* doit son nom à la cystine qui en forme les

concrétions. Les cristaux de cystine, vus au microscope, *fig. 92*, forment des lettres, des lamelles et des prismes hexagonaux en masses variées. Selon F

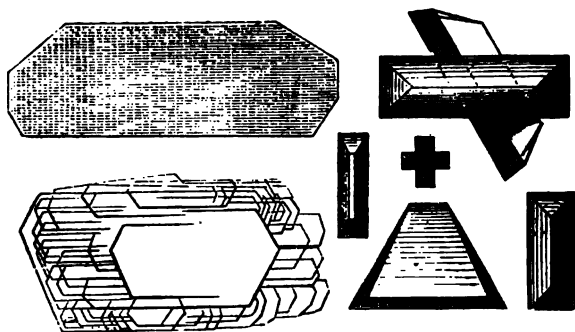


Fig. 87.

*Fig. 87. — Hemi-octaèdres et lamelles superposées. Phosphate acide de chaux (Robin et Verdeil, Chimie anatomique, pl. III, fig. 1).*

*Fig. 88. — Carbonate de chaux, formes se rencontrant quelquefois dans les urines alcalines d'enfants (Robin et Verdeil, pl. III, fig. 2).*

(Thèse de Paris, 1859), la cystine se dépose dans l'urine en cristaux ou graviers dès qu'elle se forme, attendu qu'elle ne peut être dissoute dans l'urine. C

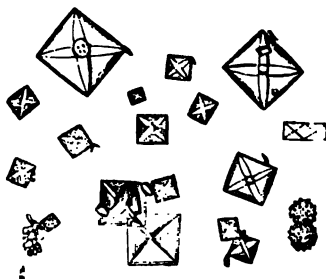


Fig. 89.

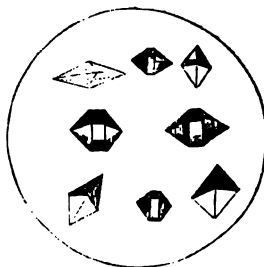


Fig. 90.



Fig. 91.

*Fig. 89. — Oxalate de chaux en forme d'enveloppes de lettres (Robin et Verdeil, pl. VI, fig. 3).*

*Fig. 90. — Cristaux d'oxalate de chaux en losange (Golding-Bird).*

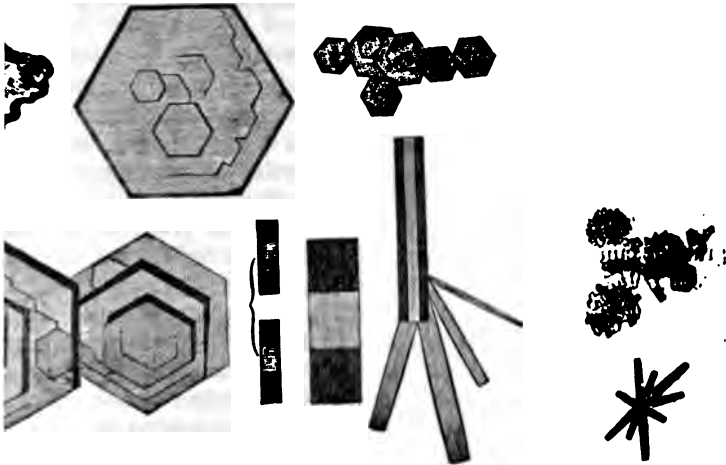
*Fig. 91. — Petite agglomération de cristaux en sablier, d'oxalate de chaux (Beale, pl. XXIV, fig. 12).*

un corps insoluble à la fois dans l'eau, l'alcool et l'éther, et soluble dans l'acide moniaque ou les acides minéraux; par la chaleur, elle dégage des produits moniaqueux; elle brûle à l'air en répandant une odeur alliée. Les concrétions qu'elle peut composer seule ou associée à d'autres substances ont une surface hérissée, sans couches concentriques.

Ces distinctions sont essentielles à établir lorsqu'il s'agit de la gravelle, non seulement pour ne pas être dupe de la supercherie de certains individus qui simulent cette maladie (*Voy. SIMULATION*), mais encore pour déterminer les causes de la gravelle et en instituer le traitement.

La recherche de la cause de la gravelle est, en effet, indispensable; elle est souvent difficile à déterminer. On a signalé comme données étymologiques : l'âge adulte et la vieillesse, une vie sédentaire et aisée, une alimentation succulente ou azotée, dont Magendie a cependant exagéré l'influence. La diathèse goutteuse, que l'on a souvent le tort de diagnostiquer à la

de la gravelle urique; l'usage d'aliments contenant de l'acide osseille) et produisant la gravelle jaune; enfin l'hérédité (?). Nous peler que la gravelle dite oxalique n'est pas due exclusivement à



— Paillettes, lamelles et prismes hexagonaux de cystine (Robin et Verdoil, pl. xxxiii).

Fig. 93.— Les mêmes en agglomération.

on, comme on l'a cru d'abord, mais que l'acide oxalique a une plexe, et qu'il est un produit de dédoublement des matières ternédiaire à leur transformation ultime en acide carbonique et en eau rdel, *Bulletin de thérapeut.*, 1865).

la marche de la gravelle, qui est ordinairement intermittente, mais cette marche est rendue très-variable par le volume différent des les variations du régime, les conditions hygiéniques, et surtout par ou la gravité des accidents concomitants ou des complications cal- e j'ai rappelées plus haut.

stic. — Ces complications seules peuvent donner de la gravité au

3. — On désigne ainsi une maladie aiguë caractérisée par des sym- iles plus ou moins intenses, avec des manifestations congestives ou res vers les organes de la respiration, du système nerveux et des estifs, sans qu'il y ait toujours concordance entre l'intensité de ces ons et celle de l'état fébrile. La grippe se montre épidémiquement nière simultanée dans des contrées nombreuses et éloignées, sous l'une cause encore inconnue.

nts du diagnostic. — De la sensibilité au froid, du malaise, de une céphalalgie plus ou moins gravative, un abattement pro- ncent ordinairement l'invasion de la maladie, qui est caractérisée ptômes suivants : chaleur élevée assez souvent halitueuse, poulx gulier, parfois lipothymies, céphalalgie intense, vertiges, bour- ls d'oreille, et même délire; brisement des membres et prostration trême; sommeil très-agité, face rouge, animée, anxieuse, yeux larmoyants, éternuements et signes d'un coryza quelquefois très- istaxis fréquentes; peu après le coryza, léger mal de gorge avec gonflement plus ou moins prononcé de l'isthme du gosier et du

pharynx, toux, et bronchite plus ou moins intense qui offre ceci de remarquable que les signes stéthoscopiques sont à peine caractérisés, ou bien la congestion pulmonaire qui peut s'accompagner d'une dyspnée considérable chez certains sujets; anorexie complète, bouche pâteuse, langue blanchâtre, soit médiocre, constipation, rarement colique et diarrhée, parfois aussi vomissements.

2° *Inductions diagnostiques.* — En présence de cet ensemble de symptômes, la constatation de l'existence de la grippe ne peut offrir de difficulté même dès le début d'une épidémie, dont l'existence connue facilite nécessairement encore le diagnostic. L'intensité des symptômes généraux jointe aux écoulements catarrhaux, et le peu d'importance des signes fournis par l'auscultation forment un contraste qui ne permet pas le doute. Il en est de même des faits contraires où les phénomènes respiratoires prennent une intensité très grande, tandis que la fièvre du début disparaît rapidement. La maladie se rapproche alors de la congestion idiopathique du poumon que j'ai décrite. La prédominance d'autres symptômes pourrait détourner l'attention de l'observation des signes principaux; c'est ainsi que les lipothymies, les douleurs des membres, les symptômes abdominaux, pourraient faire croire à une affection grave : à un rhumatisme, à une entérite, ou même à une affection typhoïde. Cette prédominance a fait admettre par quelques auteurs des formes syncytiques : *grippe rhumatismale, abdominale*. Des complications dont la gravité est évidente peuvent d'ailleurs se montrer dans certaines épidémies. C'est ainsi qu'en l'épidémie qui régna à Paris se compliqua de pneumonies dont quelques-unes s'accompagnèrent de concrétions diphthériques des bronches (Nonat, *Arch. méd.*, 1837, t. II).

3° *Pronostic.* — La grippe se termine ordinairement en quelques jours par la guérison; mais la convalescence en est ordinairement très-longue, les forces reviennent lentement. Les complications seules donnent de la gravité à la maladie.

**GROSSESSE.** — Les questions de diagnostic que soulève l'existence de la grossesse sont très-différentes lorsqu'elle est normale (intra-utérine), ou anormale (extra-utérine).

#### I. Grossesse normale.

Reconnaître la grossesse lorsqu'elle existe, constater les affections qui la compliquent et l'influence que ces maladies exercent sur elle, et enfin porter à la grossesse les changements qu'elle-même provoque dans les dièses concomitantes : telles sont les trois questions de diagnostic que nous devons examiner.

A. — *Reconnaître l'existence de la grossesse* est un problème bien différent suivant la période à laquelle elle est arrivée, car ses signes pathognomoniques, le ballotement, les mouvements du fœtus et les doubles battements de son cœur, ne se montrent qu'à une époque déjà avancée; jusque-là les difficultés diagnostiques sont nombreuses.

A la première période, c'est-à-dire pendant environ les deux premiers mois de la grossesse s'accompagne de signes rationnels, sans qu'un seul, considéré isolément, soit probant; ces signes, mêmes réunis, ne peuvent que faire soupçonner la grossesse. Ce sont : un arrêt dans le retour des règles, jusque-là régulières; les troubles de la digestion ou les bizarreries de l'appétit; les vomissements parfois rebelles; les sensations particulières de chaleur ou autres ressenties par la femme à l'hypogastre; puis l'altération sensible des traits, la tumescence des mamelles, l'élargissement avec teinte plus foncée des man-

l'abaissement du *col utérin*, qui est plus mou et plus volumineux. Le non de l'existence de la grossesse dans les cas d'aménorrhée doit d'ailleurs toujours à l'esprit du médecin; et, si l'ensemble des phénomènes concrets ne vient pas à l'appui de cette présomption, il faut éviter de se prononcer immédiatement, et attendre la marche ultérieure des phénomènes.

est de même si, peu après une époque menstruelle, une jeune femme présente des signes rationnels de grossesse; le défaut des menstrues à l'époque normale vient alors augmenter les probabilités de la grossesse. Cette réserve, que l'on peut soupçonner le gestation vers son début, est d'autant plus saine qu'elle fait éviter des explorations intra-utérines qui auraient pu avoir pour conséquence, comme cela est arrivé à des praticiens recommandables. Ainsi, savoir attendre est un précepte important en pareil

est à tort que Jos. Beccaria a considéré comme un signe pathognomonique de la grossesse la présence d'une douleur pulsative très-vive bornée à la base du *cervelet* (*Ann. univers. di med.*, 1830), et qui n'était probablement autre chose qu'une névralgie occipitale. La présence de la *xyesteïne* dans l'urine est un autre signe de grossesse qui n'a pas plus de valeur, comme Lethley (*Edinb. med. and surg. journ.*, 1842) l'a fait constater sur 50, attendu que cette particularité, de même que la précédente, se trouve hors de la gestation. On peut en dire autant de la *coloration lie de vin* de la *muqueuse vaginale*, signalée par Jacquemin (*Arch. de méd.*, 1842, II, p. 240), et que Buchheister a retrouvée chez les femmes peu avant les accouchements, et chez une malade présentant les signes rationnels de la grossesse, affectée seulement d'une tumeur de l'ovaire. Mattei, dans une communication faite à l'Académie de médecine (juin 1866), indique un moyen plus sûr de reconnaître la grossesse avant le quatrième mois, et même dès la fin du premier. Se fondant sur ce principe que l'utérus ne peut être gravide sans augmenter de volume, et sur ce fait important que l'utérus est alors trois fois sur cinq en antéversion, une fois sur cinq ou six en rétroversion, et qu'il est dans la position droite, il considère le palper hypogastrique combiné avec le toucher vaginal comme fournissant fréquemment alors des signes de grossesse. C'est ainsi que dans l'antéversion, par exemple, il peut constater que le col utérin est de niveau avec les pubis dès la fin du premier mois et même plus tard. Cette constatation est un peu plus tardive que si l'utérus reste droit et dans la rétroversion; et, dans ce dernier cas, le diagnostic pourrait être porté dès le troisième mois (*Bulletin de méd. de méd.*, 1866, n° 19). Ainsi que la remarque en a été faite, on ne peut poser comme règle ces résultats du toucher et de la palpation combinés, mais qui n'indiquent d'ailleurs qu'une augmentation de volume de l'utérus, sans faire connaître la cause spéciale. Chez certaines femmes, l'utérus peut augmenter de volume à l'époque des règles; et, dans un cas de ce genre, Cazeaux a observé à un commencement de grossesse qui n'existait pas. Le développement de l'utérus gravide offre cependant quelque chose de spécial facile à saisir, suivant Depaul, pendant les premiers mois. C'est que le segment supérieur et inférieur de l'organe se développe avant ses autres portions; que, si par le toucher on contourne le col, la face postérieure de ce col est plus courte que l'antérieure, et que le doigt arrive immédiatement sur la face antérieure de l'utérus (*Union méd.*, 1866). C'est là un signe excellent dont on peut tirer parti. Barnes a signalé aussi comme signe de grossesse au début un rétrécissement particulier du tissu connectif unissant le col utérin à la base



de la vessie, et donnant au toucher une sensation douce et élastique ; antérieure du vagin.

D'autres difficultés surgissent lorsque du développement de l'utérus produit de la conception résulte une *tumeur hypogastrique*. Cette tumeur est de niveau avec le pubis dès la fin du troisième mois, et peut être sentie à la palpation chez les femmes dont les parois abdominales ont une certaine laxité par suite de grossesses antérieures. Mais c'est surtout au cours du quatrième mois que l'utérus forme une tumeur globuleuse au-dessus du pubis, où il se développe plus rapidement vers l'ombilic au mois suivant (le cinquième). Le diagnostic varie alors suivant que l'on peut ou non obtenir les signes du *BALLOTTEMENT* et ceux fournis par l'auscultation des mouvements du fœtus et des battements de son cœur (*Voy. UTERUS*). Si ces signes existent, il est sûr que la grossesse est réelle ; s'ils manquent, qui a lieu fréquemment au début du quatrième mois (Depaul, *Traité d'obstétric.*, p. 245), il faut discuter et rechercher la nature et le siège de la tumeur hypogastrique (*Voy. TUMEURS*).

Après le cinquième mois, la grossesse devient des plus évidentes. Au sixième, lorsque le fond de l'utérus est au niveau de l'ombilic, la palpation de la main froide sur l'abdomen suffit souvent pour provoquer les mouvements du fœtus.

Le diagnostic de la grossesse est influencé par deux conditions qui peuvent se présenter du côté de la femme, et qu'il est indispensable de rappeler. Ou bien la femme avoue avoir éprouvé jusque-là, et à partir de l'époque qui peut se rapporter au début présumé de la grossesse, les sensations rationnelles de la gestation commençante qu'elle rappelle et qu'elle confirme d'elle-même ou sur l'interrogatoire du médecin ; ou bien elle rejette comme offensante pour sa personne, toute supposition de grossesse. Dans le premier cas, il faut se tenir sur ses gardes pour ne pas croire à une grossesse qui n'existe pas. Les signes rationnels du début sont, en effet, les signes pathognomoniques, car on les a vus se manifester au début des tumeurs utérines (Cazeaux, *Thèse de concours*, 1844). Dans le second cas, la négation de la grossesse par la femme, il faut, à son insu, diriger l'attention avec l'idée de la possibilité d'une grossesse, que les protestations ne peuvent pas faire abandonner.

C'est dans les faits de cette dernière catégorie que l'on se trouve les plus grandes difficultés de diagnostic, jusqu'à ce que l'on ait constaté les signes pathognomoniques rappelés plus haut.

Il ne faut pas se dissimuler pourtant que ces trois signes pathognomoniques, le *BALLOTTEMENT*, les mouvements du fœtus et les doubles battements cardiaques, ne sont pas toujours accusés distinctement. Il est des femmes chez lesquelles un embonpoint prononcé empêche d'atteindre facilement le col utérin, trop haut situé pour se prêter au ballottement, tandis que la résistance considérable des parois abdominales s'oppose jusqu'à un certain point à la recherche des deux autres signes. Ces signes ne sont pas d'ailleurs si faciles à constater qu'ils soient univoques dans tous les cas. Cazeaux, qui a toujours trouvé les doubles battements du cœur du fœtus, à partir du sixième mois de la grossesse ; mais il rappelle en même temps que les observateurs spéciaux nient que cela soit possible dans tous les cas. Il faut donc, dans la constatation des doubles bruits du cœur du fœtus, il faut prendre garde de ne pas considérer comme tels les battements accélérés du cœur de la femme ropageant vers l'abdomen. On évitera l'erreur en comparant la fréquence

battements perçus à la région précordiale ou au niveau du pouls de la femme (le des battements du fœtus, qui sont toujours beaucoup plus multipliés à 150 par minute). Nœgele fait avec raison remarquer que les bruits du fœtus mettent l'existence de la grossesse hors de doute quand ils sont constatés par une personne exercée. C'est un signe qui ne peut être ni simulé ni simulé, et une personne expérimentée perçoit les battements redoublés pour fœtal chez toute femme enceinte bien portante qui porte un enfant vivant, quand la constatation se fait dans la seconde moitié de la grossesse (*Art d'accouch.*, par Nœgele et Greuser).

Les antécédents, l'ensemble, la marche et l'enchaînement régulier des phénomènes auront une grande valeur dans ces cas difficiles, qui sont d'ailleurs exceptionnels dans le dernier tiers de la grossesse.

Quand la grossesse a été méconnue, soit par suite d'erreur presque inévitable, soit par un défaut d'examen résultant d'un excès de confiance dans les mensonges de la femme, il arrive qu'aux différentes époques de la grossesse, un avortement ou un accouchement imprévu viennent désabuser le clinicien. Les exemples de ce genre sont loin d'être rares.

— Parmi les *maladies qui compliquent la grossesse ou qui surviennent dans son cours*, il y a d'abord les *tumeurs* qui se sont développées dans l'intérieur du bassin, et dont la présence peut ou non influencer sur la marche de l'accouchement. Des corps fibreux de l'utérus, des kystes de l'ovaire, un cancer du col, des kystes hydatiques, etc., ont été observés en coïncidence avec la grossesse. Des complications moins graves sont celles qui résultent de la compression mécanique des nerfs et des vaisseaux des extrémités inférieures par la tumeur développée. Cette compression explique les *douleurs sciatiques*, les *engorgements*, l'*œdème* non albuminurique et les *varices* que l'on voit apparaître pendant la gestation aux membres inférieurs.

Un autre effet plus grave de la grossesse dû encore à une cause mécanique, est celui qui résulte de l'*enclavement de l'utérus* gravidique en rétroversion dans la cavité du sacrum, et qui produit des *vomissements incoercibles*. Ces vomissements peuvent être suivis de mort, à moins qu'on ne les fasse immédiatement cesser par le dégagement mécanique de l'organe (Briau, *Gaz. hebdom.*, 1887). Ils se distinguent des vomissements qui se montrent au début de la grossesse en ce qu'ils surviennent seulement dans son cours.

Plusieurs affections ont été considérées comme des conséquences de la grossesse. — L'*hypertrophie du cœur* a été admise par Larcher comme un effet de la gestation (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIII). — Avec Désormeaux, on a longtemps considéré la *pléthore* comme constante chez les femmes enceintes, et comme la cause presque unique de leurs maladies; on a pensé que la pléthore pouvait expliquer l'hémorrhagie cérébrale que l'on a vue survenir parfois chez les femmes grosses d'un âge déjà avancé (Ménière, *Arch. de méd.*, 1828). Mais les recherches plus récentes de Cazeaux (*Arch. de méd.*, t. XXII) ont démontré que le plus souvent, loin d'attribuer à la pléthore les accidents observés, on doit les rattacher à l'*anémie*. — J. Simpson a signalé l'*hypertrophie et le ramollissement de la rate* comme très-fréquents dans la grossesse, et pour preuves à l'appui il a cité à la Société obstétricale d'Édimbourg (1866) six cas de rupture de la rate, tous mortels, survenus pendant ou après l'accouchement. Whitney (*Boston méd. and. surg. journ.*, 1867) a rapporté un cas de mort rapide par rupture de la rate ramollie dans un cas de grossesse. Ces faits sont utiles à connaître; mais l'hypertrophie de la rate n'est pas facile à constater dans la grossesse avancée, et d'ailleurs, dans le fait de

Whitney, la rate fut trouvée à peine augmentée de volume. S'il existait toujours dans les faits de grossesse de ce genre, des globules blancs en grand nombre dans le sang, comme Simpson dit l'avoir trouvé, la leucocythémie constatée devrait-elle être considérée comme un signe indirect de lésion de la rate? On doit douter.

L'anasarque qui survient pendant la grossesse, de même que l'éclampsie, toute autre lésion du système nerveux avec ou sans œdème, suivant Simpson, telles que des paralysies locales, des névralgies des extrémités, des troubles fonctionnels de la vue (amaurose) ou de l'ouïe, l'hémiplégie ou la paraplégie plus ou moins développées, doivent faire penser à l'albuminurie et à examiner les urines (*Monthly Journ. of méd.*, 1847). On sait que les convulsions épileptiques sont surtout à redouter soit au moment de la délivrance, soit pendant la grossesse, et principalement vers la fin; il est donc nécessaire de ne pas méconnaître l'albuminurie lorsqu'elle existe. — On a vu la glycosurie survenir pendant la gestation et disparaître après l'accouchement (Bennewitz), comme il fait le plus souvent l'albuminurie, et j'ai rappelé ailleurs que la présence du sucre dans l'urine des femmes enceintes avait même été considérée comme habituelle par Blot; mais ce dernier fait a été contesté (*Voy. GLYCOSURIE*, p. 4).

Une complication de la grossesse, dont la connaissance est indispensable au praticien, est celle des végétations qui se développent sur les parties génitales par le fait seul de la gestation. Cette lésion a donné lieu aux suppositions les plus fausses pour la femme ou pour le mari, puisque l'on a pu croire à l'existence de végétations syphilitiques. Cullerier (*Dict.* en 60 vol.) a signalé cette affection trompeuse comme le résultat de la pression de la tête de l'enfant qui fait dilater les veines et végété le système vasculaire. Boys de Loury et Coste (*Gaz. méd.*, 1847) ont publié sur ce sujet un Mémoire intéressant, dans lequel ils ont signalé comme la seule espèce de végétation résultant de la grossesse des végétations rouges, saignantes, globulaires, peu saillantes, à pédicules séparés. Mais ces végétations n'ont pas paru à Thibierge (*Arch. de méd.*, 1856) différentes de celles qui se développent sur les parties génitales de la femme sous l'influence des écoulements vaginaux et utérins, de la malpropreté, etc. Il admet qu'il n'est pas rare de rencontrer des végétations non syphilitiques chez les femmes atteintes de vaginite et de catarrhe utérin. La disparition des végétations par le fait de l'accouchement est un fait ultérieur qui a confirmé leur nature bénigne.

Peut-on considérer la grossesse comme favorisant le développement de la phthisie pulmonaire? Si l'on n'a égard qu'à l'influence indirecte de la grossesse sur la tuberculisation, l'affirmation n'est pas douteuse. Caresme, qui a étudié de près cette influence, a trouvé que la gestation n'a agi sur l'évolution tuberculeuse que chez les sujets offrant une prédisposition héréditaire, et que l'action a d'abord déterminé des phénomènes chloro-anémiques prémoniteurs avant de faire naître la phthisie (*Thèse de doctorat*, 1866).

Quelle est l'influence que peuvent exercer sur la grossesse les maladies intercurrentes? En dehors de celles dont il vient d'être question, un certain nombre d'affections ont pour conséquence l'avortement ou l'accouchement prématuré. En première ligne sous ce rapport se place la pneumonie, dont l'influence abortive est des mieux démontrées, puisque Grisolle l'a constatée dix fois sur douze. On a fait jouer en pareille circonstance un rôle très-actif à la toux quinteuse et répétée, mais son influence est loin d'être aussi constante qu'on l'a dit, puisque l'on a vu des exemples de toux violente et persistante pendant longtemps, chez certaines femmes grosses, sans déterminer cet effet. On peut dire qu'une parturition hâtive est, en général, la conséquence de toute maladie

atteint profondément l'économie. C'est ce que l'on a observé dans le choléra, dans le typhoïde, les fièvres éruptives, sans que toutefois on doive considérer la grossesse comme constant, sauf, paraîtrait-il, dans l'ictère grave (Ozanam). La grossesse produirait une parturition hâtive dès le début ou à l'époque de la fièvre malariale, dans les cas de confluence de l'éruption; mais ici encore la chose n'est pas constante : j'en ai eu la preuve dans un fait de variole confluente sans exception, malgré l'état avancé de la grossesse. On a remarqué depuis longtemps que l'enfant pouvait quelquefois être atteint de variole dans le sein de sa mère, sans qu'elle-même en fût affectée.

Parmi les maladies chroniques, la *syphilis* est considérée aussi comme une cause d'avortement ou d'accouchement prématuré. Cependant Huguier, dans un rapport communiqué à l'Académie de médecine en 1840, attribue l'avortement des femmes vérolées plutôt à l'usage des mercuriaux qu'à la syphilis elle-même. Les conséquences funestes de l'intoxication saturnine sur l'enfant et sur la terminaison de la grossesse, sont hors de toute contestation, d'après les consciencieuses recherches publiées par Constantin Paul, qui a noté dix-huit avortements sur cent vingt-trois accouchements de femmes atteintes à l'influence des préparations de plomb (*Arch. de méd.*, 1860, t. XV). — L'influence de la gestation sur la marche de certaines maladies chroniques a été signalée depuis longtemps, sans toutefois avoir été toujours prise en compte avec tout le soin convenable.

L'état de grossesse peut-il influencer sur la marche des maladies, soit en accélérant la marche, soit en la retardant ou en la suspendant? C'est une question complexe que les faits contradictoires qui ont été observés ne permettent pas de résoudre. — Relativement à la *phthisie pulmonaire*, qu'Andral a considérée, comme beaucoup d'autres praticiens, comme étant ralentie dans sa marche par la grossesse, Louis, tout en citant un exemple contraire, a fait remarquer qu'il n'y a pas de raison que des observations nombreuses seraient nécessaires pour résoudre définitivement le problème. Grisolle a également rapporté des faits d'accélération de la marche de la phthisie par la gestation (*Arch. de méd.*, 1850, t. XXII). Mon Thibault (*Revue méd.-chir.*, 1847), la grossesse déterminerait la formation des kystes de l'ovaire concomitants, et par suite la sécrétion plus abondante du liquide, ou même une inflammation avec ruptures des parois folliculaires. — Mais Montgomery (*Dublin, Quart. journ.*, 1855) a été trop loin en avançant que la grossesse retardait jusqu'après la délivrance l'explosion de certaines maladies aiguës contractées dans son cours, telles que la scarlatine, le typhoïde, l'érysipèle.

On a fait remarquer avec plus de raison que la grossesse n'influe pas d'une manière sensible sur le cancer de l'utérus, et que ce n'est que l'accouchement qui hâte la terminaison funeste de la maladie cancéreuse, quand la lésion est étendue.

### Grossesse extra-utérine.

On sait que la grossesse extra-utérine peut siéger dans les parois utérines, dans une des trompes, dans l'ovaire ou dans la cavité abdominale. On doit considérer la grossesse extra-utérine comme une affection locale dont le diagnostic comprend deux questions principales à résoudre : sa constatation et son traitement anatomique.

**Éléments du diagnostic.** — Ils varient suivant que le kyste fœtal forme une tumeur appréciable.

Si la tumeur manque, selon Ménière (*Arch. de méd.*, 1826, t. XI), la grossesse extra-utérine ne s'annoncerait que par les signes rationnels très-vagues

de la gestation, et serait quelquefois même complètement latente jusqu'au moment où une rupture subite de l'œuf entraîne plus ou moins rapidement la péritonite, ordinairement d'un mois à trois mois après la conception. Mais avant E. Goupil, qui a réuni et analysé quarante-deux observations de grossesses extra-utérines diverses (Bernutz et E. Goupil, *Clin. des maladies des femmes*, t. I, 1860), outre les signes rationnels de la grossesse, l'existence d'une tumeur fixe dans un point du bas-ventre, la suspension des règles, puis des hémorrhagies persistantes sans aucun rapport avec les époques menstruelles, l'augmentation de volume de l'utérus et enfin l'invasion subite ou l'existence d'hémorrhagies intra-pelviennes, dues ou non à la rupture du kyste, formeraient un ensemble de données caractéristiques, surtout si l'on constatait en même temps une tumeur voisine de l'utérus qu'elle refoule.

Lorsque cette tumeur existe, ordinairement sur les côtés de la ligne médiane, et qu'elle est déjà développée, elle ne peut présenter d'autre signe symptomatique que les doubles battements du cœur du fœtus à l'auscultation, les faits rares où la grossesse anormale dépasse le quatrième mois. Lorsque le fœtus meurt, le kyste s'enflamme quelquefois et les os du produit de la conception sont expulsés au dehors, par le rectum ou par un abcès à travers les parois abdominales; ou bien la tumeur persiste indéfiniment, par suite de la momification du fœtus, sans augmenter de volume.

2° *Inductions diagnostiques.* — Ce simple exposé des signes principaux de la grossesse extra-utérine fait comprendre les difficultés du diagnostic; ce diagnostic a même été regardé comme presque impossible pendant les premiers mois de la gestation. Mais, suivant la remarque de E. Goupil, si aucun signe en particulier n'est pathognomonique, la réunion de ceux qu'il a indiqués, que j'ai rappelés plus haut, ne peut guère laisser subsister de doutes.

Il insiste sur la coïncidence, avec les signes rationnels de la grossesse, des métrorrhagies non périodiques et prolongées qui sont presque constantes dans les grossesses extra-utérines; sur l'existence de la tumeur, soit anormale, soit adhérente à l'utérus qu'elle repousse, et qui ne saurait être confondue avec une hématocele, cette tumeur étant survenue avant tout symptôme d'hémorrhagie interne. Enfin les ruptures hémorrhagiques intra-pelviennes dont il sera question tout à l'heure, viennent rendre le plus souvent le diagnostic certain.

Lorsque cette rupture n'a pas lieu, ce qui se remarque principalement dans les grossesses tubo-abdominales, et assez souvent dans les espèces sous-totéopelviennes et tubo-ovariques, le kyste fœtal forme une tumeur caractéristique lorsque celle-ci présente les signes locaux ordinaires fournis par le fœtus vivant, circonstance qui est loin malheureusement d'être la plus fréquente. L'accouchement ou plutôt l'expulsion du fœtus vivant ou mort ne peut alors éclairer le médecin que dans des cas exceptionnels. Tel est le cas de Skrivan, dans lequel la tumeur envahit un sac herniaire et s'y développe jusqu'au moment où l'enfant venu à terme en fut extrait vivant avec le placenta et les membranes par une opération (*Wien Zeitschr.*, 1851); telle est l'expulsion du fœtus et du placenta par l'anus rapportée par Filliter (*Times and Gaz.*, 1853), et qui fut précédée d'une hémorrhagie interne avec ténesme. Enfin l'expulsion des débris du fœtus (osseux et autres) expulsés au dehors démontre le plus souvent l'existence d'une grossesse anormale, mais cette expulsion peut dépendre aussi d'une tumeur congénitale. En présence de ces signes, il est ordinaire de confondre la tumeur avec un kyste de l'ovaire.

En supposant la grossesse extra-utérine reconnue, il n'est pas possible

sur quel est son siège : si elle est *tubaire*, *ovarique* ou *abdominale*. Quand on soupçonne une grossesse de ce dernier genre, si le fœtus se développe sans rupture du kyste du premier au quatrième mois ; car, d'après les réunis par E. Goupil, c'est presque toujours vers cette époque peu avant de la grossesse, et lorsqu'elle est tubaire ou ovarique, que cette grave complication survient.

Cette *rupture du kyste*, d'où résulte une hémorrhagie intra-pelvienne, est souvent le premier signe probant de la grossesse extra-utérine. La *douleur*, dit Ern. Goupil, s'annonce par une *douleur* toujours horrible, atroce, généralement ressentie dans un point fixe dont la femme souffrait depuis longtemps, par une *syncope* qui paraît être constante, et par les signes d'une hémorrhagie interne, petitesse et fréquence du pouls, pâleur, refroidissement, quelquefois convulsions (*loc. cit.*). Les mêmes phénomènes s'observent si une hémorrhagie intra-pelvienne résulte, non de la rupture du kyste, mais de celles des veines utéro-ovariennes dilatées, ou de l'ovaire, même lorsqu'il n'est pas le siège de la grossesse extra-utérine. Il peut arriver aussi que l'hémorrhagie, au lieu de se faire dans le péritoine, s'opère à l'intérieur du kyste. Dans cette dernière circonstance, il n'y a pas de syncope, l'hémorrhagie se faisant plus lentement ; la décoloration de la face n'est que graduelle, et l'on peut constater l'augmentation de volume de la tumeur kystique. L'hématocèle qui résulte de l'hémorrhagie par rupture intra-péritonéale ne peut servir au diagnostic de la grossesse extra-utérine que si l'on tient compte de l'époque de son apparition, des antécédents et de la marche de la maladie (*Voy. HÉMORRHAGIE*, p. 504).

**Pronostic.** — Ce n'est guère que par la complication si fréquente de la rupture du kyste fœtal, ou de celle des veines ou de l'ovaire, que le pronostic est fâcheux ; car ces accidents entraînent ordinairement la mort. Dans les autres cas, il y a guérison par expulsion du contenu du kyste au dehors, ou état stationnaire indéfini par suite d'une sorte de momification du fœtus.

**RÉVÉLATION.** — *Voy. CONVALESCENCE.*

**HABITUDE EXTERIEURE.** — *Voy. EXAMEN DES MALADES.*

**HALEINE.** — L'air chassé des voies respiratoires est inodore dans l'état normal, à moins que l'on n'ait ingéré des boissons alcooliques, des aliments ou des médicaments à principes volatils, ou inhalé certaines vapeurs odorantes.

Il arrive assez fréquemment que, dans l'état pathologique, l'haleine acquiert une odeur plus ou moins fétide. Il faut alors se demander quel est le point de départ de cette fétidité : les fosses nasales, la bouche, le pharynx, les voies respiratoires ou les voies digestives. Les fétidités de l'haleine les plus importantes à rappeler sont : celle de la *PUNAISIE*, qui est infecte et nauséabonde ; celle de la *carie dentaire* ; celle des *stomatites* et des *pharyngites*, qui rappellent quelquefois l'odeur gangréneuse ; celle de la *gangrène pulmonaire*, qui a été comparée à l'odeur de la paille pourrie ; celle de certaines intoxications (par le sulfure de carbone) ; la fétidité des éructations acides ou hydrogènes de l'*indigestion* ; celle plus fade de l'*embarras gastrique* ; celle des matières fécales annonçant leur présence dans des vomissements antérieurs à une *occlusion intestinale*.

**HALLUCINATIONS.** — Les hallucinations ont une importance particulière comme signe de l'aliénation mentale ; mais elles se montrent aussi comme symptôme dans d'autres maladies. Celles de la vue et de l'ouïe sont les plus communes ; celles du goût et de l'odorat sont beaucoup plus rares.

Les hallucinations constituent un des meilleurs caractères de l'*ALCOOLISME*.



## HÉMÉRALOPIE.

Elles sont rares dans le délire des maladies fébriles ; mais il arrive que des hallucinations de la vue, sans autre divagation que celle de l'existence des hallucinations, et sans aucune agitation, se manifestent chez des malades non atteints antérieurement d'affection cérébrale. Il faut alors soupçonner l'action d'un médicament *narcotique* ou *narcotico-âcre*, comme l'opium, la belladone, la jusquiame, etc. L'*hallucination du double*, aurait le plus grand rapport avec l'ivresse alcoolique ou avec l'opium, suivant d'Escayrac de Lauture (*Acad. des sc.*, 1855).

**HÉBÉTUDE.** — Voy. STUPEUR.

**HECTIQUE** (Fièvre). — Lorsque l'on voit un malade en proie à une fièvre continue de longue durée, avec exacerbations le soir, petites sueurs nocturnes, chaleur exagérée de la peau, surtout à la paume des mains et à la plante des pieds, coïncidant avec un dépérissement et une faiblesse générale manifestes, on doit soupçonner que cette fièvre chronique, *apathique*, est sous la dépendance de la lésion grave, ordinairement siégeant dans un organe. Les tubercules à leur troisième période sont le plus souvent l'origine de cette fièvre chez les sujets encore jeunes. Mais en dehors de la tuberculose, la cause la plus commune et la plus facile à reconnaître, tantôt on reconnaît facilement l'organe malade, point de départ d'une *infection putride* ou d'une *infection miasmatique* ; il sera impossible de constater la lésion latente qui provoque ces fièvres. Dans cette dernière condition, on ne pourra arriver qu'à des conjectures qui varieront suivant les individus et suivant les maladies existantes. C'est ainsi que des *abcès du foie*, latents en tant qu'ils ne produisent que des *phlegmasies locales*, pourront être soupçonnés dans les pays chauds et non dans le Nord. Enfin on n'oubliera pas que, si la fièvre hectique est presque toujours symptomatique, elle peut aussi, sous le nom de *rémittente*, s'observer dans une lésion suppurante, comme conséquence d'une *intoxication paludéenne*, dans les pays marécageux de nos contrées, soit dans les régions tropicales, soit dans les régions tempérées, elle constitue une forme de la fièvre rémittente des pays chauds.

**HELMINTHES.** — Voy. ENTOZOAIRIES.

<b>HÉMATÉMÈSE</b> (p. 484). . . . .	} Voy. HÉMO
<b>HÉMATIDROSE</b> (p. 492). . . . .	
<b>HÉMATOCÈLE</b> (p. 504). . . . .	
<b>HÉMATOMYÉLIE</b> (p. 499). . . . .	
<b>HÉMATURIE</b> (p. 489). . . . .	

**HÉMÉRALOPIE.** — On peut dire avec Fonssagrives que l'histoire de l'héméralopie (appelée aussi aveuglement de nuit, cécité nocturne) est sans doute une des lacunes les plus regrettables de l'ophtalmologie (*Union Méd.*, 1858). La définition même de la maladie varie suivant la manière de l'envisager ; et malheureusement les travaux des médecins de l'armée et de mer qui ont été publiés dans ces dernières années sont loin d'être concordants.

L'héméralopie est généralement considérée comme une névrose causée par la perte de la faculté de voir, même à l'aide d'une lumière artificielle vive, pendant tout le temps que le soleil est au-dessous de l'horizon. Elle se trouve endémiquement dans certaines contrées, mais le plus fréquemment d'une manière épidémique, parmi les soldats ou les marins, surtout ceux qui voyagent dans les régions tropicales. Selon Netter (*Acad. Sci.*, 1858), l'héméralopie ne serait que l'incapacité de voir dans l'obscurité pendant le jour. Mais pareille chose arrive dans certaines amblyopies congénitales, dans lesquelles, selon Cusco, il faut que le jour ait une certaine

r que la vue s'exerce, tandis qu'elle ne perçoit rien dès que la lumière faiblement moindre. C'est à une amblyopie de ce genre, que le pro-Quaglino a eu affaire lorsqu'il a constaté, sur trente soldats, des lésions qui font le point de départ de l'héméralopie. Ces lésions, observées à l'aide du thalmoscope, consistaient en altérations des extrémités du nerf optique, des artères et des vaisseaux caractérisées par une stase veineuse avec infiltration de la substance rétinienne et des fibres nerveuses du nerf optique autour de la papille (*Gazz. med. Lomb.*, 1866).

La cécité brusque de la nuit vers l'heure du coucher du soleil, ce qui est tout à fait vrai dans les pays tropicaux, où la nuit arrive presque instantanément, le retour de la faculté visuelle dès le retour du soleil à l'horizon, et la persistance du phénomène pendant plusieurs jours ou pendant plusieurs mois avant la guérison ordinairement spontanée, constitueraient un ensemble de symptômes très-simples auxquels on ne saurait se tromper. Cependant il faut se méfier de la SIMULATION, qui n'est pas très-rare parmi les soldats.

L'héméralopie étant reconnue, il se présente un problème plus difficile à résoudre : celui de sa cause. Suivant la plupart des auteurs qui ont observé l'héméralopie, il faudrait en rechercher l'origine dans les influences débilitantes de la vieillesse. Pour le docteur Armieux (1864), l'héméralopie épidémique serait une inflammation catarrhale dont l'humidité serait la cause.

La cécité prolongée d'une vive lumière sur la rétine, généralement admise comme la cause, a été cependant contestée. Les faits démontrent d'ailleurs que l'héméralopie endémique et surtout épidémique, se montre indépendamment de la constitution et de l'âge, quoiqu'elle soit plus fréquente chez les vieillards.

Malgré toutes ces données diagnostiques plus ou moins précises, la confusion existe, dans certains cas, entre l'héméralopie et d'autres affections. En 1868 (*Bull. Acad. méd.*, 1868), on pourrait prendre pour elle l'*amaurose intermittente* qui s'en distingue cependant en ce que la cécité périodique apparaît une fois par jour ou une fois par semaine au lieu de se montrer seulement le soir. Dans un fait de l'héméralopie (Strasbourg), cette cécité avait des allures périodiques à type tierce, disparait par l'emploi du sulfate de quinine, signes qui ne permettaient aucun doute dans le diagnostic. Deval a appelé aussi l'attention sur l'héméralopie symptomatique. Il prétend avoir observé un cas d'*amaurose intermittente* à forme héméralopique, et il rappelle celui du docteur Alançon (Nîmes), dans lequel l'héméralopie était due à la présence d'*ascarides* dans l'intestin. Ce n'est qu'en dehors des épidémies que l'on pour-rait particulièrement rencontrer des faits de cette espèce, ce qui constitue un caractère distinctif important.

On a prétendu qu'il avait pu résulter de l'héméralopie une perte irrémédiable de la vue ; mais il est douteux qu'en pareil cas il y ait eu simple héméralopie. Le thalmoscope pourrait résoudre la question, car il paraît qu'il donne des résultats négatifs dans l'héméralopie.

**OPHTHALMIE.** — Voy. MIGRAINE.

**OPHTHÉLÉ.** — Voy. PARALYSIES localisées.

**HÉMOPHILIE.** — A propos des HÉMORRHAGIES en général, j'ai rappelé l'hémophilie comme une origine des pertes de sang s'opérant par différentes voies et sans aucune altération inconnue de sang. On a nié cette altération du sang dans l'hémophilie, en rappelant que des lésions déjà constatées dans les vaisseaux doivent faire croire que des altérations vasculaires sont l'origine des hémorrhagies.

Schœnlein, Hooper, Liston, Wilson ont trouvé à l'autopsie les artères

extrêmement minces, de même que Blagden et Schünemann. Il y avait développement incomplet du système vasculaire, suivant Lemp (Ch. Bouché *Pathogénie des hémorrhagies ; Thèse d'agrég.*, 1869). Je me contente d'exposer ces résultats, en faisant remarquer qu'ils laissent la question en suspens, et passe à l'exposé du diagnostic de l'hémophilie.

Cette maladie singulière, quoique facile à reconnaître, présente de nombreuses particularités nécessaires à rappeler. A propos d'une observation d'hémophilie très-intéressante, le docteur Huss (de Stockholm) a publié un *Mémoire* dans lequel il résume l'ouvrage allemand de Grandidier (1855) sur cette maladie qui est le plus complet qui ait paru (*Mém. traduit dans les Arch. de méd.* 1857, t. X). Depuis cette époque, il a été publié diverses observations, parmi lesquelles une des plus remarquables est celle de Dalmas (*Journ. de méd. Bordeaux*, 1868).

1° *Éléments du diagnostic.* — Les *hémorrhagies multiples*, qui sont le principal élément du diagnostic, se distinguent par la fréquence de leurs récurrences, par leur durée plus ou moins longue, ainsi que par la difficulté, et l'impossibilité de les arrêter. Elles peuvent être ou spontanées ou traumatiques. Elles sont précédées assez souvent de signes précurseurs, mais non toujours, et se font par différentes voies et principalement par le nez, ou, par ordre de fréquence, par la bouche, les intestins, les poumons, les voies urinaires, l'estomac, les organes sexuels féminins, et plus rarement par la langue, la glande lacrymale, le bout des doigts, le cuir chevelu ou l'oreille (*Mém. Huss*). Les ecchymoses sous-cutanées sont fréquentes. Dans l'observation de Huss, le sang était fourni par les bulbes des poils des différentes parties chevelues du corps. Le sang est tantôt rouge clair, artériel, tantôt plus foncé, et veineux ; il est plus ou moins coagulable ; son examen microscopique ne montre rien de particulier dans les globules.

Ces hémorrhagies surviennent tantôt *par cause externe*, érosion très-légère de la peau, ou simple pression (ecchymoses douloureuses), extraction des dents, etc., et tantôt spontanément *par attaques*, pendant lesquelles il y a un affaiblissement proportionné à la perte de sang, quelquefois une syncope, bien un léger délire, des soubresauts spasmodiques. D'autres fois il y a, pendant les attaques, des douleurs articulaires mobiles, de la fièvre, des palpitations, de la dyspnée, de l'inquiétude générale, de l'irritabilité, et l'on a même une fois une paralysie passagère d'un membre.

2° *Inductions diagnostiques.* — Les hémorrhagies toujours abondantes, si faciles à produire et si difficiles à arrêter, pouvant revenir par accès au bout d'intervalles plus ou moins longs, non-seulement sous l'influence en apparence insignifiante d'une légère blessure, mais encore d'une simple émotion, comme les ecchymoses sous-cutanées ou les tumeurs sanguines extérieures concomitantes, ne peuvent laisser le moindre doute sur l'existence de cette singulière affection. Le retour plus ou moins fréquent de ces hémorrhagies très-variables, leur répétition (par attaques de plusieurs jours de durée) pendant des années, leur apparition à tout âge, mais plutôt chez l'homme que chez la femme (comme quatorze est à un), et chez des individus dont les ascendants sont ou bien ont été atteints de la même maladie, sont autant de données qui éclairent le diagnostic. L'hérédité a été nettement établie par la publication de Dalmas. Quatre garçons sur sept frères, avaient été frappés de cette malheureuse disposition à des hémorrhagies graves ; l'un d'eux avait été emporté en trois jours par une hémorrhagie intestinale à la suite d'une coqueluche ; et le grand père maternel avait été affecté à tel point qu'il ne pouvait rester assis longtemps sans avoir de

des noirâtres aux cuisses et aux fesses. L'hérédité explique la manifestation de la maladie chez les enfants du premier âge; mais on ne peut avec Grandidier que l'hérédité soit constante. Le fait publié par Huss (servé moi-même un semblable à ce point de vue) démontre suffisamment que la maladie n'est pas toujours héréditaire.

Les hémorrhagies externes, jointes à des tumeurs sanguines et à des pétéchies, dues à l'hémophilie, peuvent faire croire à l'existence d'un purpura. — Mais le scorbut est caractérisé par la lésion des os, ainsi que par des causes toutes particulières. — Le purpura, qu'il soit précédé de fièvre, ce qui est un caractère qui manque toujours avec l'hémophilie, ou qu'il soit chronique, a des hémorrhagies moins abondantes que la dernière affection; il dure bien plus longtemps que ne dure un accès de scorbut, et une fois disparu, ne revient ordinairement plus.

Les phénomènes qui peuvent le plus facilement induire en erreur dans l'hémophilie sont les douleurs sourdes et mobiles, avec gonflement des articulations, se montrant avant ou pendant l'apparition des hémorrhagies, ou bien à de longs intervalles. On peut donc croire alors aisément à un rhumatisme articulaire, si l'on ne songe pas à la possibilité d'une hémophilie. Cependant la présence de ces hémorrhagies abondantes et rebelles, souvent d'origine héréditaire, doit ordinairement éclaircir sur la nature des douleurs observées. Les données distinctives plus importantes que celles de l'absence soit d'un accès antérieur, soit d'une disposition héréditaire rhumatismale, signalées

Les hémorrhagies sanguines intérieures peuvent donner lieu à des symptômes dont on pourra déterminer la nature en les sachant possibles dans l'hémophilie. L'anémie qui résulte fréquemment des pertes de sang abondantes est une complication que l'on rattachera facilement aussi à sa cause, et qui pourra être le point de départ du diagnostic en faisant songer à l'existence des hémorrhagies. Il en sera de même des hydropisies, de la gangrène, considérées comme conséquences ou complications des hémorrhagies.

Prognostic. — On doit toujours redouter, avec l'hémophilie, une mort rapide par suite d'une hémorrhagie rapide et abondante, soit externe, soit interne. Une terminaison tout aussi fatale, mais plus lente, est aussi à craindre des progrès incessants de l'anémie. Enfin les affections intercurrentes augmentent d'autant plus d'inquiétudes, qu'il est assez fréquent de les voir succéder à des hémorrhagies mortelles. Il ne faut pas croire cependant que le pronostic soit toujours funeste; car il n'est pas très-rare de voir parvenir les atteints d'hémophilie à un âge avancé. Les hémorrhagies sont ordinairement mortelles chez les enfants à la mamelle.

ÉTYMOLOGIE. — Voy. HÉMORRHAGIES, p. 486.

DIAGNOSTIC. — Aucune des distinctions scolastiques des hémorrhagies n'aurait été prise comme point de départ du diagnostic des phénomènes morbides, qui sont tantôt un symptôme et tantôt des maladies particulières, ayant leur place dans les cadres nosologiques. Au lit du malade, en effet, les hémorrhagies se présentent seulement dans deux conditions : 1° le sang s'écoule hors des vaisseaux se montre hors de l'organisme; 2° le sang épanché se trouve dans la profondeur des organes. C'est cette marche essentielle qui va être suivie dans cette étude diagnostique.

Dépendamment de l'étude diagnostique des hémorrhagies dans ces deux conditions, j'ai à rappeler d'abord des généralités dont la connaissance

facilitera la solution des questions particulières qui seront ensuite traitées.

Les symptômes congestifs avant-coureurs des hémorrhagies, qui ont été minutieusement décrits sous la dénomination de *molimen hémorrhagique*, sauraient faire prévoir l'invasion d'une hémorrhagie, à moins qu'il n'y ait quelques autres particularités qui la rendent probable, comme l'existence de hémorrhagies antérieures semblables et sujettes à récidiver, ou bien la coexistence du molimen observé avec une affection locale ou générale qui peut produire une perte de sang. En tous cas, il ne sera jamais permis d'aller au delà de la probabilité d'une hémorrhagie prochaine.

Parmi les signes des hémorrhagies spontanées, il en est un seul pathognomonique : c'est le rejet du sang au dehors de l'organisme et par les voies naturelles. Malheureusement ce signe manque lorsque le foyer hémorrhagique est emprisonné dans les organes. De plus, comme on le verra plus loin, le sang expulsé au dehors n'est pas toujours pur ; il se trouve parfois mélangé à des matières qui en modifient entièrement l'aspect, et il peut lui-même être retenu par un long séjour dans les voies qui s'en débarrassent.

Lorsque l'hémorrhagie reste confinée dans les organes, il se produit, sur le siège de l'épanchement sanguin, des symptômes variés que je rappellerai à leur lieu. Mais outre ces signes particuliers, il en est de communs qui résultent de la perte de sang elle-même ; car l'effet est identique si la même quantité de sang est rejetée au dehors ou épanchée intérieurement. — Si l'hémorrhagie est assez considérable, il en résulte presque aussitôt une pâleur noncée du visage, des lèvres et des muqueuses, le refroidissement des extrémités, parfois même des frissons, l'obscurcissement de la vue, des tintements d'oreille, des bâillements, des lipothymies ou une véritable syncope, qui vient quelquefois ; très-rarement on a vu aussi se produire des vomissements et des convulsions ; enfin une mort très-prompote est souvent la conséquence d'une hémorrhagie abondante et rapide. — Lorsque la perte de sang est moins considérable ou plus lente, ou bien le malade se remet en peu de temps de la faiblesse que la perte de sang a occasionnée, ou bien il persiste une anémie qui fait d'incessants progrès si les hémorrhagies se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Le même effet résulte des évacuations sanguines répétées que l'on provoque d'une manière intempestive comme moyens de traitement.

Les effets des hémorrhagies varient, comme on le voit, suivant leur marche rapide ou lente, suivant leur degré d'intensité ou plutôt leur abondance, et selon qu'elles sont plus ou moins répétées.

On ne devra pas confondre ces effets généraux réels de l'hémorrhagie avec les troubles dus à la frayeur qu'éprouvent certains individus à la vue d'une quantité même minime de sang dans leurs évacuations, et principalement dans leurs crachats : pâleur, anxiété précordiale, tremblement des membres, palpitations, pouls fréquent et faible, refroidissement des extrémités. Il est facile de constater que ces phénomènes se rattachent à la terreur manifestée par le malade.

L'hémorrhagie étant constatée, une question capitale à élucider est celle de son origine. Mais avant de rappeler les conditions pathologiques qui sont le point de départ des hémorrhagies il est indispensable de bien établir la pathologie sur place des pertes de sang.

Le savant auteur du travail le plus récent qui ait été publié sur la *pathologie des hémorrhagies* (Ch. Bouchard, *Thèse d'agrégat*, 1869) n'admet que deux hémorrhagies par rupture vasculaire, rejetant l'extravasation sanguine com-

rien de réel, si l'on considère les hémorrhagies vraies comme des épanchements hors des vaisseaux, non de la matière colorante des globules, mais de leurs éléments du sang. Pour lui, la rupture vasculaire, condition essentielle de l'hémorrhagie, a lieu dans trois conditions différentes : — 1° par exagération de la tension du sang dans les cavités vasculaires; — 2° par diminution de la résistance des parties extérieures aux vaisseaux; — 3° par diminution de la résistance des vaisseaux.

Les ruptures par *exagération de la tension du sang* s'effectuent, selon Ch. Brown, non dans les vaisseaux capillaires, mais au niveau des artérioles et des veines qui les avoisinent, où la rupture a lieu sans lésion préalable, et à raison de laquelle une lésion y existe. La préexistence d'une lésion anastomotique au contraire indispensable au niveau des vaisseaux d'un plus fort calibre, surtout des grosses artères et du cœur. — Les ruptures vasculaires par *diminution de pression des parties extérieures aux vaisseaux* sont admissibles tout d'abord par hypothèse que d'après des faits bien constatés. — Il n'en est pas de même des ruptures hémorrhagiques, dues à la *diminution de la résistance des vaisseaux*. Cette cause générale, comme l'exagération de tension du sang dans les vaisseaux, est très-fréquemment observée. Le plus souvent même les causes combinent leur action. Je n'insiste pas davantage sur ces considérations importantes à connaître des ruptures vasculaires comme cause générale d'hémorrhagies; j'aurai à y revenir fréquemment dans le diagnostic des hémorrhagies localisées, que je passerai plus loin en revue.

Peut-il admettre avec Ch. Bouchard qu'il n'y a pas d'hémorrhagies par rupture du sang à travers les parois vasculaires et par conséquent sans lésion préalable? Nous ne saurions nous ranger à son opinion, qui nous paraît, au point de vue de la rupture, par trop radicale. On doit admettre avec lui que la démonstration de Cohnheim a voulu faire du passage des globules du sang à travers les parois vasculaires dans les inflammations et les hémorrhagies (Arch. für pathol. Anat., 1867) est tout à fait insuffisante; cependant un nouvel ordre et démonstration contraire, il faut accepter qu'il y ait des hémorrhagies sans ruptures vasculaires démontrées, et qui coïncident avec des altérations du sang encore mal connues ou incomplètement connues, réelles. C'est donc une quatrième condition à ajouter à celles proposées par Bouchard. On s'étonne de son radicalisme, quand il reconnaît (*loc. cit.*), que l'on est souvent dans l'impossibilité d'appliquer aux cas spéciaux, avec certitude, même avec probabilité, les notions pathogéniques qu'il a

proposées. Les conditions étiologiques comprises dans les altérations du sang et qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies par plusieurs voies, ou des hémorrhagies multiples, il faut placer en première ligne, comme maladies aiguës, graves : les *fièvres éruptives*, telles que la rougeole, la scarlatine, la suette miliaire, qui ont alors reçu de cette complication la qualification d'hémorrhagiques; la *fièvre typhoïde*, la *fièvre jaune*, la *peste*, la *fièvre charbonneuse*, la *morve*, la *fièvre puerpérale*, certaines *infections*, les *empoisonnements*; il faut y joindre l'*ictère grave* et l'*ivresse* chez des sujets sans doute prédisposés. Les maladies chroniques accompagnant d'hémorrhagies variées sont : les *intoxications*, le *purpura*, l'*hémophilie*, toutes les affections *cachectiques* dont l'altération est encore ignorée, et parmi lesquelles les *cachexies tuberculeuse* et *scrophuleuse* sont les plus fréquentes. Enfin certaines altérations du sang un peu rares, telles que la *pléthore*, dont Andral a si bien démontré l'influence



sur la production des hémorrhagies (*Hématologie pathologique*, 1843) l'anémie (surtout chez les enfants) provoquent aussi des hémorrhagies. On doit considérer comme étant souvent indépendantes de toute lésion locale. Il y a dans ces différentes conditions ce qu'on a appelé une *diathèse hémorrhagique*.

Parmi les causes locales communes à beaucoup d'organes au niveau desquels se peuvent produire des hémorrhagies, il en est d'anciennement connues, telles que les *ulcérations*, les *abcès* dans les régions très-vasculaires et les *ruptures*. Mais on a vu quel rôle exclusif on a fait jouer aux ruptures, comprises immédiatement aux recherches anatomiques et physiologiques modernes. Les causes immédiates de ces ruptures seraient nombreuses. — 1° L'impulsion plus énergique du cœur, son hypertrophie, l'artério-sclérose, une ligature, la compression ou l'obstruction d'une branche importante, l'atrophie d'organes très-vasculaires, un spasme des petits vaisseaux sur une étendue considérable du système artériel, comme le froid par exemple peut le produire, seraient l'origine de l'augmentation locale ou générale de la *tension hémorrhagipare du sang dans les artères*. Les maladies du cœur gauche (surtout à l'orifice mitral), toutes les lésions gênant la circulation pulmonaire, les diverses affections du cœur comme l'asystolie, les efforts, compressions, obstructions, la pesanteur même, seraient les principales causes de l'augmentation de la *tension hémorrhagipare dans les veines*. Modifications de la tension artérielle, de la tension veineuse, relâchement ou relâchement des petits vaisseaux (actions vaso-motrices), tels seraient enfin les éléments principaux susceptibles d'influencer la *tension du sang dans les capillaires* (Ch. Bouchard, *loc. cit.*, p. 36). — 2° Certaines conditions de l'atmosphère (air condensé ou raréfié), et surtout les altérations qui diminuent la consistance des tissus qui entourent les vaisseaux où se produit la rupture pourraient être considérées, dans des conditions particulières, comme des causes de ruptures hémorrhagiques par *diminution de la pression des parties extérieures aux vaisseaux*. — 3° Enfin la *fragilité vasculaire* due à la jeunesse des vaisseaux (Virchow), comme chez le nouveau-né, ou dans les vaisseaux néo-membranes phlegmasiques ou des produits de nouvelle formation, *traumatismes*, dont se rapprochent jusqu'à un certain point les *ulcérations*, les *anévrismes* plus ou moins volumineux ou miliaires, les dilatations anéurysmales des veines, l'*atrophie* des parois artérielles (encore très-peu étudiée), la *sclérose*, l'*athérome* vasculaire dont l'influence est très-diversement interprétée, et la *dégénérescence amyloïde* dont l'action est mal connue : toutes seraient les causes de la *diminution de la résistance des vaisseaux* qui donnent fréquemment lieu à des ruptures hémorrhagiques, soit seules, soit sous l'influence d'une tension vasculaire exagérée.

La détermination de la *forme* de l'hémorrhagie est très-secondaire comparée à la détermination de son origine. On peut même dire que la forme est toujours subordonnée à l'origine de l'hémorrhagie. C'est ce que démontre la simple mention des hémorrhagies dites *essentiels*, *symptomatiques*, *supplémentaires*. Celles appelées essentielles sont-elles autre chose que des hémorrhagies dont on ignore ou dont on ne peut déterminer l'origine, comme l'hémorrhagie des pays chauds et d'autres hémorrhagies analogues? Celles dites symptomatiques ne sont-elles pas ainsi désignées parce qu'on les rapporte à une maladie originelle particulière? et celles appelées supplémentaires, parce qu'on leur attribue à tort ou à raison à la suppression d'une hémorrhagie habituelle? Cette même appréciation doit s'étendre aux hémorrhagies dites *actives* ou *passives* : les premières, subordonnées à toutes les causes d'excitation de l'appareil vasculaire.

les secondes, au contraire, à toutes les causes qui peuvent atténuer habituelle de la circulation ou lui faire obstacle, comme dans les obliques de la veine cave supérieure, par exemple.

morrhagies supplémentaires, comme les hémorrhagies dites essentielles, doivent être admises au lit du malade qu'avec une extrême réserve. Les guais supplémentaires ne paraissent bien démontrés que pour les lorsque des hémorrhagies mensuelles reviennent *régulièrement* comme , et qu'il n'est pas possible d'attribuer d'autre origine à la perte de sang. aux complications des hémorrhagies, plusieurs découlent naturellement qui précède. Telles sont l'*anémie* graduelle ou subite, la *syncope*, être mortelle. Une atteinte profonde aux fonctions de certains organes, inflammation consécutive à l'épanchement sanguin en foyer, sont en ; conséquences assez fréquentes des hémorrhagies.

neçoit facilement que le pronostic des hémorrhagies doit être très-difficile dans les conditions variées qui ressortent des considérations générales auxquelles je viens d'entrer. La gravité est évidemment subordonnée à la de sang perdu, à la gravité de la cause générale ou locale de l'hémorrhagie, et enfin à celle des complications.

généralités, indispensables à connaître quand il s'agit du diagnostic des hémorrhagies, ne sont cependant que des préliminaires à cette étude, qui est piquée. J'ai dit en commençant que, pour se placer dans les conditions ordinaires de la pratique, il fallait considérer les hémorrhagies se montrant au dehors ou restant confinées dans l'intérieur des organes. C'est ce que je fais actuellement.

#### **Hémorrhagies se montrant au dehors.**

que cette division soit peu scientifique, le sang pouvant ou non faire irruer au dehors dans les mêmes espèces d'hémorrhagies, je l'admets comme qui permette d'arriver logiquement à l'interprétation de l'hémorrhagie rée comme symptôme, symptôme qui frappe immédiatement les yeux malade, soit du médecin, et qui nécessairement est le point de départ at des inductions diagnostiques.

déter l'hémorrhagie comme symptôme en pareil cas, c'est avoir à déterminer : 1° les caractères de l'hémorrhagie, qui révèlent sa *réalité* et son *siège* ique; 2° ses *conditions pathologiques* et sa *signification*. C'est ce que avoir à examiner successivement à propos de l'apparition du sang par ines, par la bouche, l'anus, l'urètre, le vagin, et plus rarement par la par le conduit auditif, par les yeux. Je rappelle pour mémoire les hémorrhagies par rupture de varices des membres inférieurs, que Simpson, rement à l'opinion de Delpech (de Montpellier), a vu être mortelles par leur nce (*Edinb. med. Journ.*, 1865). Il a pu en réunir seize cas, dont treize s, ce que la gestation avancée peut expliquer chez six d'entre elles.

#### **HÉMORRHAGIES PAR LES NARINES.**

peut y avoir ici de doutes sur la *réalité* de l'hémorrhagie, lorsque le rt des cavités nasales, le plus souvent liquide ou en partie coagulé, plus mt mélangé à des mucosités nasales. Sa quantité est parfois considérable, es fois insignifiante. Rarement le sang est expulsé, dans un effort de toux vomissement, par les narines et par la bouche à la fois.

nt se garder de croire que la pituitaire soit le *siège* de l'hémorrhagie dans es cas. Ce siège est évident si le sang s'écoule uniquement par les narines, xaminant le pharynx on n'y voit pas de sang, et si l'on en constate au ire dans l'une ou l'autre des cavités nasales. Mais il ne faut pas oublier

que du sang accumulé en grande quantité dans le pharynx et venant soit des voies digestives, soit des voies respiratoires profondes, peut être lancé dans les cavités nasales et sortir par les narines et par la bouche à la fois.

D'un autre côté, l'hémorrhagie nasale ou épistaxis peut être latente. Si, en effet, le malade est couché sur le dos, le sang, au lieu de sortir par les narines, s'écoule dans le pharynx; il est alors dégluti, ou expulsé secondairement par la bouche et même par les narines. On reconnaît alors que le sang est fourni par la pituitaire, si l'on voit, en inspectant la gorge après avoir fait gargariser le malade, ou même sans cette précaution, le sang s'écouler en nappe sur la paroi postérieure du pharynx; si l'abondance de l'hémorrhagie oblige à recourir au tamponnement, on constate que cet écoulement vers le pharynx cesse immédiatement après.

Lorsque l'on aura reconnu que le sang est fourni par les cavités nasales, on devra attribuer l'hémorrhagie à une condition organique locale; plus souvent ce sera à l'une des conditions générales aiguës ou chroniques que j'ai énumérées qu'il faudra la rapporter (*Voy. ÉPISTAXIS*).

On va voir que le diagnostic des hémorrhagies nasales n'est pas limité à ce que je viens d'en dire, et que l'hypothèse d'une épistaxis surgit quelquefois à propos des hémorrhagies par la bouche et même des hémorrhagies par l'oreille.

#### B. HÉMORRHAGIES PAR LES OREILLES.

Il se fait quelquefois, par le conduit auditif, un écoulement de sang considérable et de peu d'importance, par suite d'une otite aiguë ou chronique. On a vu l'hémorrhagie être due aussi au passage du sang du pharynx à travers le trompe d'Eustache, dans la caisse du tympan, puis dans le conduit auditif externe chez un individu dont le tympan était perforé. Mais ce sont là des faits de minime importance en regard des otorrhagies abondantes et graves qui ont été vues survenir par suite des lésions de la carotide interne indépendantes de toute action traumatique. C'est la carie du rocher qui provoque ces lésions en comprimant, au niveau du canal carotidien, un foyer purulent qui ulcère les parois de l'artère. Des faits assez nombreux de ce genre d'hémorrhagie ont été successivement rapportés par Boinet, Porter, Chassaignac, Marc Sée, Tardieu, Baizeau, Choyau, Broca, etc., et Jacques Jolly en a fait l'objet d'un intéressant mémoire qu'il a publié dans les *Archives de médecine* (1866, t. VIII). Le sang provient pas toujours de la carotide lésée au niveau du canal carotidien; il peut aussi être fourni, quoique plus rarement, par le golfe de la veine jugulaire interne, par les sinus pétreux supérieur ou inférieur, par le sinus latéral transverse; l'aspect du sang ne permet pas de déterminer la source artérielle ou veineuse de l'hémorrhagie. S'il y a lésion de la carotide, elle est démontrée par la cessation de l'hémorrhagie dès que l'on comprime cette artère, comme l'a fait J. Jolly (*Mém. cité*).

Les faits de ce genre sont très-intéressants à connaître; car il s'agit d'un accident très-grave, puisque, pour y remédier, on a eu recours à la ligature de la carotide (dont l'utilité a d'ailleurs été contestée). De plus, l'otorrhagie constatée, il est indispensable d'en déterminer l'origine, qui est habituellement la carie du rocher survenant dans le cours de certaines phthisies tuberculeuses, et peut-être dans les fièvres éruptives, comme a semblé le démontrer l'otorrhagie à répétition devenue mortelle dans un fait de scarlatine communiqué par Porter à Graves (*Clin. méd.*, t. I, p. 440), mais dans lequel l'auteur n'a fait défaut. Enfin il est bon, la carie du rocher étant constatée dans le cas d'une phthisie pulmonaire, de pouvoir dénoncer la possibilité d'une otorrhagie telle, qui heureusement ne survient pas toujours.

## 2. HÉMORRHAGIES PAR LA BOUCHE.

Le sang est rendu par la bouche par exspuition, par expectoration ou par le vomissement, et, dans presque tous les cas, facilement reconnaissable à sa couleur caractéristique franchement rouge, ou rouge sombre, avec ou sans caillots. Cependant il peut quelquefois y avoir doute lorsque le sang, en petite quantité, a séjourné longtemps dans un organe profond, avant d'être expulsé au dehors. Il a alors l'aspect d'un corps ou d'un liquide brunâtre ou noirâtre, dont la nature ne peut être déterminée que par l'emploi du microscope, qui y révèle non les éléments du sang (*Voy. SANG*). Les vomissements bilieux noirs de la couleur jaune peuvent être pris pour du sang. Une autre cause d'erreur pourrait être rencontrée dans la coloration des crachats ou de la salive par des médicaments ayant une coloration rouge, et imprégnant les parois du pharynx, tels que le ratanhia, le kermès : mais il suffit d'être prévenu pour éviter la méprise. Le sang expulsé par la bouche peut provenir soit de la bouche même, soit des fosses nasales par l'intermédiaire de l'arrière-gorge, soit du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, soit enfin des voies aériennes. Le problème est donc complexe et peut présenter des difficultés. Il est important de les surmonter ; il n'est pas indifférent, l'hémorrhagie étant manifeste, de préciser son siège anatomique dans tel organe plutôt que dans tel autre. Le siège anatomique de l'hémorrhagie étant constaté, en effet, on n'a plus qu'à rechercher quelle est la maladie de cet organe ou l'affection plus éloignée qui est l'origine de l'hémorrhagie.

— On reconnaît que le sang provient de l'intérieur de la bouche, qu'il y a eu un mot, *stomatorrhagie*, s'il est rendu par exspuition, si l'on constate en même temps l'absence d'une hémorrhagie nasale ou pharyngienne dont le sang aurait passé dans la bouche, s'il existe une lésion buccale qui fournisse le sang, enfin si on le voit sourdre de la muqueuse elle-même.

Les conditions pathologiques de la stomatorrhagie sont faciles à reconnaître car elles sont locales. L'inspection directe des différentes parties de la bouche, la partie interne des lèvres et des joues, des gencives, du palais, fait immédiatement découvrir les lésions qui sont la source de la perte de sang, surtout lorsque-ci a lieu encore au moment de cette exploration. Lorsque le sang, pendant l'expectoration, se montre par stries dans des mucosités ou forme des crachats rendus par exspuition, tantôt il provient de l'état fongueux des gencives produit par un ulcère local, et tantôt il est fourni par des érosions ou des ulcérations de nature chronique. Lorsque le sang est abondant, l'hémorrhagie est due quelquefois à une rupture d'artériole, comme Oppolzer et Dechaubre (*Gaz. hebdom.*, 1865) en ont donné des exemples, ou bien à un état variqueux de la muqueuse, sur lequel Munk a insisté (*Médec. prat.*), ou bien enfin sans lésions locales apparentes avec des lésions insignifiantes, par suite de l'une des influences générales que nous appelées.

— J'ai indiqué à la page 482 comment on constatait que le sang provenait des fosses nasales, lorsqu'il était passé de ces cavités dans le pharynx et dans la bouche.

— Pour décider que le siège de l'hémorrhagie est le pharynx (*pharyngorrhagie*), il ne suffit pas, de même que pour les cavités nasales ou pour la bouche, d'y constater la présence du sang ; car il ne faut pas oublier que la cavité du pharynx est un centre où aboutissent non-seulement la bouche et les fosses nasales, mais encore les voies digestives et respiratoires profondes. En un mot, il y a voir le sang de toutes les hémorrhagies de ces différentes sources. Si le sang exhalé dans le pharynx provoque des nausées, des efforts de

vomissement et de la toux, on concevra que ce n'est que par voie d'exclusion éliminant par le raisonnement les autres organes comme sources de l'hémorragie, que l'on pourra soupçonner que l'hémorragie est pharyngienne. Alors, on serait en droit d'admettre l'existence de la pharyngorrhagie : on apercevait, à l'isthme du gosier ou à la paroi postérieure du pharynx, une tumeur susceptible de fournir le sang.

On n'oubliera pas qu'une cause d'erreur, très-fréquente dans la pharyngorrhagie, provient du passage facile du sang dans l'estomac, d'où il peut être expulsé par le vomissement, comme s'il s'était épanché primitivement dans cet organe.

Comme conditions pathologiques de l'hémorragie pharyngienne, il y a principalement des *ulcérations*, ou des *varicosités veineuses* semblables à celles de la bouche. Lasèque a observé plusieurs exemples de ces varices de la gorge compliquées d'hémorragies qui pourraient faire croire à des hémoptyses tuberculeuses (*Traité des angines*, 1868, p. xix). Mais c'est à tort qu'il prétend que les faits analogues n'ont pas été observés. P. Frank a décrit sous la dénomination de *stomatorrhagie du pharynx* ces hémorragies variqueuses, et indique la confusion qu'on en peut faire avec les véritables hémoptyses ou l'hématémèse. Ces lésions locales du pharynx, ulcérations ou varices, ne sont pas les seules qui peuvent exister. Dans certaines contrées, dans les pays chauds, notamment en Algérie, chez nos soldats, on observe aussi fréquemment des hémorragies pharyngiennes, comme des épistaxis (*Voy. ce mot*), qui sont dues à la pénétration accidentelle de sangsues avalées ou reniflées dans les cours d'air et qui, d'abord filiformes, peuvent se fixer et se développer dans le pharynx, plus souvent dans des points où l'on ne saurait les apercevoir (derrière la base du palais ou vers l'origine de l'œsophage). Baizeau, qui a publié sur les accidents que produisent ces annélides un très-bon travail (*Arch. de méd.*, 1863, t. I), a vu des cas dans lesquels leur séjour dans le pharynx a été de deux mois, pendant lesquels l'hémorragie peu abondante se reproduisait fréquemment, avec des troubles de la respiration, la suffocation et l'asphyxie même peuvent résulter du passage de la sangsue dans le larynx.

On voit que les lésions locales du pharynx ne sont pas toujours aussi facilement constatées que dans la cavité buccale. Elles ne sont accessibles à l'inspection qu'au niveau de l'isthme du gosier (voile du palais, amygdales) ou d'une partie de la paroi postérieure du pharynx. On conçoit donc que lorsque la lésion occupe une partie inaccessible à la vue, il doit en résulter une situation inévitable du siège anatomique de l'hémorragie.

d. — *Le sang vient-il directement de l'œsophage ?* C'est ce qu'il est difficile de décider, à moins que l'on n'ait préalablement établi l'existence d'une lésion qui puisse donner lieu à l'œsophagorrhagie, car, en dehors de faits positifs, le passage du sang dans l'estomac a toujours fait confondre, dans la pratique, l'hémorragie de l'œsophage avec celle de l'estomac lui-même.

On a constaté que des varicosités veineuses pouvaient donner lieu dans l'œsophage, comme dans la bouche et le pharynx, à des hémorragies très-abondantes ; mais leur diagnostic pendant la vie est impossible. Les seules lésions qui puissent être diagnostiquées comme conditions des hémorragies de l'œsophage sont : le cancer de ce conduit (*Voy. CANCER*) et un anévrysme de l'aorte (*Voy. ANÉVRYSME*). La connaissance de la maladie précède et peut jusqu'à un certain point prévoir l'hémorragie.

e. — Lorsque le sang est fourni par l'estomac (hématémèse, stomatorrhagie), le vomissement, nécessaire à l'expulsion du sang accumulé

marc de café, la coagulation ainsi que la couleur noirâtre de ce sang, ou son aspect marcé, et enfin son mélange à des aliments plus ou moins bien liés, sont les signes qui ont été donnés comme distinctifs de la gastrorrhagie. Mais ces signes sont loin d'être pathognomoniques. On peut confondre en fait la matière vraiment sanguine des vomissements, lorsqu'elle est brunâtre, avec les liquides vomis qui contiennent de la *sarcine*. Aussi doit-on avoir recours au microscope pour décider la question toutes les fois que le vomissement n'est pas franchement sanguinolent à première vue. S'il y a vraiment une hémorrhagie, on constate au microscope des globules sanguins plus ou moins nets, mais toujours reconnaissables (*Voy. SANG*); tandis que si l'on a affaire à un champignon microscopique désigné sous le nom de *sarcine*, au lieu des globules sanguins ou de l'hématéïdine, on trouve des cellules cubiques divisées par quatre saillies par de légers sillons, et formant des masses irrégulières qui sont tout à fait caractéristiques (*Voy. SARCINE*). Ce parasite végétal doit toujours être recherché en pareille circonstance, car il donne lieu à des vomissements rebelles, qui peuvent être attribués à tort à une maladie organique.

La gastrorrhagie étant reconnue réelle, le mélange des aliments au sang n'a pour lieu quand l'hémorrhagie est due à un cancer de la partie inférieure de l'œsophage, ou par le seul fait de la présence du sang dans le pharynx. Il peut y provoquer des vomiturations de matières alimentaires qui sont expulsées par lui, ou bien être dégluti, puis vomé. Il faut donc, avant d'attribuer l'hémorrhagie à l'estomac, chercher si le sang ne provient pas indirectement du nez, des fosses nasales ou même des voies respiratoires. C'est par conséquent par voie d'exclusion que l'on arrivera, dans les cas difficiles, à établir si le sang expulsé provient de cet organe, à moins que l'on n'ait reconnu l'existence d'une affection stomacale à laquelle on puisse, selon toutes probabilités, attribuer l'hémorrhagie. A propos des *épistaxis* (*Voy. ce mot*), j'ai déjà dans ma première édition la possibilité de confondre avec une hémorrhagie véritable le vomissement de caillots sanguins provenant d'une épistaxis : le sang serait successivement dégluti pendant le décubitus du malade, l'habitude qui empêcherait l'hémorrhagie de se faire au dehors par les narines. J'ai observé ce fait dans le courant d'une fièvre typhoïde grave. Or, la complication a été commise en 1863, et l'hématémèse signalée à ce propos comme complication de la fièvre typhoïde observée pour la première fois. Mais le malade qui mourut à la suite de cette prétendue hématémèse au huitième jour de maladie, avait eu des épistaxis au début, et après la mort l'estomac fut trouvé parfaitement sain, à part une congestion qui existait aussi dans les autres viscères (*Bull. de la Soc. méd. d'Amiens*, 3<sup>e</sup> année). Ce fait était donc une hématémèse, analogue à celle que j'avais observée.

Le CANCER de l'estomac avancé paraît être la condition la plus fréquente de la gastrorrhagie. En seconde ligne se placent les *ulcérations simples* de l'estomac, avec lesquelles on ne constate pas l'état cachectique dépendant du cancer, mais, comme antécédents, une dyspepsie douloureuse et des vomissements de matières analogues à du marc de café (*Voy. ULCÉRATIONS* de l'estomac). Dans des cas exceptionnels, il y a eu rupture d'une tumeur voisine de l'estomac, et le plus souvent d'un anévrysme. On a cru à des hématémèses produites par des sangsues avalées par mégarde dans les cours d'eau des pays chauds; mais Baizeau, qui a étudié cette cause d'hémorrhagies en Algérie, ne croit qu'il y ait d'exemple authentique de pénétration de sangsues plus profondément que dans la partie la plus déclive du pharynx, le sang dégluti dans



l'estomac, puis rejeté par le vomissement avec la sangsue fixée d'al pharynx en ayant imposé pour une hématemèse due à une sangsue fixée muqueuse stomacale (*Mém. cité*).

La condition pathologique de l'hémorrhagie stomacale sera plus difficile à déterminer lorsque cette hémorrhagie sera le premier symptôme. C'est ce qui a lieu dans les cas de ruptures de *varicosités veineuses* occupant parfois l'intérieur de l'estomac, de même que l'œsophage, le pharynx et la bouche. P. Frank pense que la présence de ces varices dans la bouche doit faire supposer que la même lésion existe dans l'estomac, survient une gastrorrhagie qui ne paraît devoir se rattacher à aucune cause.

Enfin on n'oubliera pas que cette hémorrhagie constitue une des plus fréquemment observées des hémorrhagies multiples, et qu'elle est un phénomène grave de la fièvre pernicieuse dite *gastrorrhagique*.

f. — Les signes auxquels on reconnaît, dans la plupart des cas, que le sang est expulsé des voies respiratoires, ou qu'il y a *hémoptysie*, varient selon que sa quantité est médiocre ou très-abondante à un moment donné, peu considérable.

Dans le cas où sa quantité est *médiocre*, son aspect rutilant et sa présence dans la toux qui le chasse au dehors, suffisent au diagnostic et peuvent être considérés comme pathognomoniques.

Ces signes manquent malheureusement quelquefois, si l'hémorrhagie est *rapidement très-abondante*. Alors le sang liquide et non mousseux provient d'une irruption à la fois par la bouche et par le nez, et provoque des vomissements en traversant le pharynx. C'est ce qui arrive d'ailleurs dans l'hémorrhagie analogue par sa soudaineté et son abondance, et qui est due au pharynx, quelle que soit sa source. Ici une exploration attentive des voies respiratoires pourra venir parfois en aide pour la localisation de l'hémorrhagie dans ces organes, comme un examen semblable peut le faire pour les hémorrhagies du nez, mais il y a des cas dans lesquels l'examen le plus minutieux, qu'il faille le faire avec beaucoup de réserve, de peur d'aggraver l'hémorrhagie, ne constatera aucune lésion organique, et le doute est grand. L'exclusion est encore ici d'une réelle utilité. La fréquence incomparablement plus grande des hémorrhagies des voies aériennes comparées à celles des voies digestives supérieures (pharynx, œsophage, estomac) devra, dans l'absence d'un certain poids pour la formule du diagnostic.

Si le sang, au lieu d'être abondant, est en *petite quantité*, il est souvent mélangé aux crachats, que j'ai décrits ailleurs à ce point de vue (p. 252).

Parmi les *conditions pathologiques* de la pneumorrhagie médiocre ou très-abondante, il est une affection à laquelle il faut immédiatement songer ; ce sont les *tubercules pulmonaires*. Non pas que l'existence de ces tubercules soit la seule condition pathologique de l'hémoptysie, mais elle est très-fréquente relativement aux autres maladies qui en sont aussi la cause, que l'on doit de prime abord se poser la question de la tuberculose du poumon. On a lieu d'être surpris qu'on ait voulu amoindrir à cet égard l'importance séméiologique de l'hémoptysie devant les résultats si précis de l'observation de Louis (*Rech. sur la phthisie*). Ces résultats sont d'autant plus importants que l'hémorrhagie peut être le premier et l'unique signe des tubercules pulmonaires. Dans certains faits, comme celui qui a été d'abord observé par Cotton, l'hémoptysie très-abondante peut être due à la rupture d'un anéurysme.

h, et comme j'ai pu moi-même le vérifier. Des *sangsues avalées* par peuvent se fixer dans le larynx et occasionner des accidents de suffo-  
phyxique accompagnés d'expectoration sanguine plus ou moins abon-  
aizeau). Une hémorrhagie semblable peut être aussi la conséquence de  
re d'une tumeur hydatique dans les bronches (Davaine, *Traité des En-*  
s). Enfin Lebert, de Breslau, dans un cas de *pleurésie double*, a cons-  
crachats sanguinolents, mais d'un jaune brun, extrêmement fétides, et  
montrèrent au microscope aucune cellule du sang, mais seulement, à  
nombrables cellules de pus, un grand nombre de cristaux d'hématoidine  
NG), soit les cristaux d'un beau rouge en forme de prismes rhomboïdaux,  
en forme d'aiguilles, isolés ou réunis en faisceaux. On y trouvait, en  
es corpuscules amorphes très-petits, d'une matière colorante bleue, qui  
s rare dans les hémorrhagies (*Mém. de la Soc. de biol.*, et *Gaz.*  
866). Lebert a donné le nom d'*hématinoptysie* à cette variété d'hé-  
s. Perrond (*Gaz. méd. de Lyon*, 1868) a rapporté trois faits nouveaux  
ement pleuro-hématique, avec fausses membranes dont les vaisseaux  
elle formation ont fourni la matière colorante.

Leuorrhagie est parfois symptomatique des *lésions organiques des*  
*circulatoires* contenus dans la poitrine. Les unes, comme les ané-  
de la crosse de l'aorte, établissent une communication (par rupture)  
cavités circulatoires et les voies aériennes; les autres (rétrécissement  
ces du cœur) agissent en mettant obstacle au cours régulier du sang,  
t sourdre à travers la muqueuse bronchique. — Enfin je dois rappeler  
mel a constaté l'expectoration sanguinolente comme symptôme d'hé-  
ie spontanée de la *plèvre* et du *péricarde*, affections d'ailleurs extrê-  
rares (p. 493).

l'influence des causes générales d'hémorrhagie que j'ai énumérées pré-  
ent, l'hémoptysie peut se montrer comme les autres hémorrhagies,  
aut lui donner avec réserve cette signification générale. vu l'extrême

fécales, à leur couleur ou à tout autre indice, on doit, comme le recommande Fr. Hoffmann, verser le liquide contenu dans le vase qui contient les déjections jusqu'à ce qu'il n'y reste que les dernières parties, auxquelles on ajoute encore une petite quantité d'eau. Cette eau rend au sang sa couleur rouge. Faisant que l'examen microscopique, en démontrant la présence des globules ou autres éléments du sang dans le liquide, lèvera tous les doutes.

Il est certain que, dans tous les cas d'hémorrhagie par l'anus, le sang vient de l'intestin, qu'il y soit versé par un autre organe ou fourni par le intestinal lui-même. La première question qui se présente est donc d'établir l'hémorrhagie est rectale, si son point de départ est situé plus haut, dans le gros intestin, dans l'intestin grêle, ou plus haut encore, dans les voies digestives supérieures, et enfin si le sang a son origine dans un organe voisin du tube digestif.

a. — *Le sang qui vient du rectum* en certaine quantité est liquide, et ou moins vif, et il s'écoule parfois librement à l'extérieur, sans effort de défécation ; sa sortie est ordinairement précédée de signes de congestion et suivie de soulagement ; enfin, dans la plupart des cas, l'exploration du rectum révèle des lésions qui expliquent l'hémorrhagie.

Les *hémorrhôides*, des *ulcérations* (le plus souvent syphilitiques), un *cancer* rectal et enfin un *corps étranger* introduit dans le rectum, peuvent être l'origine de l'évacuation du sang.

b. — Lorsque le sang est fourni par le gros intestin, au-dessus du rectum ou bien il est spumeux et mélangé de mucus, ou bien il recouvre les matières fécales rendues d'abord comme d'une espèce de vernis d'un rouge noirâtre plus, si les matières fécales sont liquides et que l'hémorrhagie soit très-peu abondante, il peut n'y avoir que des stries sanguines. Mais ces particularités ne sont loin d'être absolues, car les matières peuvent les présenter en traversant le rectum contenant un peu de sang, et en définitive c'est surtout en diagnostiquant au niveau du gros intestin une maladie qui peut donner lieu à l'hémorrhagie de cette partie des organes digestifs, que l'on arrivera aux probabilités le moins contradictoires.

La *diarrhée chronique* ulcéreuse avec des selles présentant des stries de sang, la *dysenterie* avec ses garderobes spumeuses et sanguinolentes caractéristiques, une tumeur *cancéreuse* occupant l'une des extrémités du côlon reconnue ou soupçonnée par suite de la coïncidence de l'entérorrhagie et des signes de la cachexie cancéreuse, une *invagination* du gros intestin, l'on sent quelquefois au toucher rectal, de même que des *entérolithes* et d'autres faits rares : telles sont les affections qui peuvent déterminer des hémorrhagies du gros intestin.

c. — Lorsque l'intestin grêle est le siège de l'hémorrhagie, a-t-on dit, les matières fécales sont d'abord rendues sans traces de sang, puis le sang paraît après leur expulsion. Mais ces particularités ne peuvent être constatées qu'au moment de la première expulsion du sang ; c'est donc un signe qui échappe très-facilement à l'attention du malade et du médecin.

Les seules hémorrhagies que l'on puisse rattacher avec certitude à une lésion des intestins grêles sont celles qui surviennent dans le cours de l'affection typhoïde. Les entozoaires y produisent rarement des hémorrhagies assez abondantes pour pouvoir être constatées dans les déjections.

d. — *Le sang provient-il de l'estomac*, qu'il ait été directement ou indirectement épanché dans cet organe ? Pour décider la question, il faut avoir constaté d'abord que du sang s'est accumulé dans l'estomac et le trouver tardivement (le lendemain, par exemple) dans les selles, où il est intimement con-

agés de pus ou d'autres éléments contenus dans la tumeur, des par exemple, démontrent parfaitement le siège anatomique de l'hémorrhagie.

Un cas exceptionnel d'entérorrhagie est celui qui précéda l'expulsion d'un fœtus et d'un placenta provenant d'une grossesse extra-utérine (Littler, *Med. Times and Gaz.*, 1853). Il est plus ordinaire de voir la tumeur, de sang couleur chocolat, ayant par conséquent séjourné longtemps dans les vaisseaux, confirmer le diagnostic d'une hématocele si l'on en a déjà soupçonné l'existence. La rupture d'un anévrisme dans l'intestin produit des hémorrhagies mortelles, habituellement trop rapides pour pouvoir être constatées. Il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi. E. Chauffard a observé récemment un fait extrêmement intéressant dans lequel l'hémorrhagie se fit par de nombreuses reprises, quoiqu'elle eût pour origine un anévrisme de l'intestin grêle supérieure communiquant avec le duodénum. Mais cette constatation s'était faite sous les couches de caillots contenus dans la poche de l'anévrisme, et s'opposant à la continuité de l'hémorrhagie. Aussi, malgré les battements de la nature anévrysmatique de la tumeur abdominale (battement rude limité), on dut faire des réserves (*Bulletin et Mém. de la Soc. de méd. des hôp.*, 2<sup>e</sup> série, t. I, 1865).

L'entérorrhagie qui dépend d'une des maladies générales aiguës ou chroniques que j'ai rappelées précédemment, et qui est indépendante de toute cause locale, la constatation préalable de l'une de ces affections à côté de toute autre, fera soupçonner quelle est l'origine de l'hémorrhagie, et permettra d'expliquer que par une simple exhalation de la muqueuse.

#### HÉMORRHAGIES PAR L'URÈTRE.

Je comprends ici toutes les hémorrhagies qui ont pour résultat l'expulsion de sang par le canal de l'urètre.

Le sang qui est expulsé par ce canal s'écoule pur et indépendant de l'urine, ou est mélangé à ce liquide, soit par caillots fibrineux, vermiciformes ou muqueux, qui gênent la miction. ou qui se déposent au fond du vase qui

peut, comme le conseille Rayer, remplir avec l'urine un tube long de six pouces et dix lignes de diamètre; par le repos, le petit nombre de globes qu'elle contient se précipite au fond du tube, où ils forment un dépôt rouge qui surmonte les autres éléments du sédiment, et notamment le pus, lorsqu'il existe; de plus, ces urines sont chargées d'albumine provenant du sang.

Une précaution indispensable à prendre avant de se prononcer sur la cause de l'hémorrhagie est de bien s'assurer, chez la femme, que le sang est sorti par l'urètre. Les hémorrhagies utérines, menstruelles ou autres, peuvent être confondues d'autant plus facilement avec celles qui se font par l'urètre, que ces dernières sont relativement très-rares. Une simple lotion des parties génitales suffit pour constater que c'est bien réellement par l'orifice urétral que le sang s'écoule. D'autres fois, on n'en aura la certitude qu'en ayant recours au cathéter qui permet au sang ou plutôt à l'urine sanguinolente de s'écouler par la sonde.

*Dans quelle partie des voies urinaires s'épanche le sang avant de se montrer au dehors?* C'est ce qu'il est extrêmement difficile de décider chez le malade, car les caractères par lesquels on a voulu distinguer l'hémorrhagie des reins de celles de l'urètre ou de la vessie sont insuffisants dans un grand nombre de cas, ces caractères étant en général plutôt théoriques que cliniques.

a. — *Lorsque le sang est fourni par l'urètre lui-même*, il s'écoule goutte à goutte, sans effort de miction, et, si l'on fait uriner le malade, l'urine dont le premier jet seul est sanguinolent, coule ensuite de plus en plus claire, en occasionnant une douleur dans le canal de l'urètre. Cependant, lorsque l'hémorrhagie siège près du col de la vessie, le sang peut refluer dans cet organe et donner lieu aux signes d'une hémorrhagie plus profonde. La constatation de la condition organique habituelle de l'hémorrhagie de l'urètre, la *blennorrhagie*, permet, avec l'écoulement goutte à goutte du sang, d'éviter l'erreur.

b. — *Lorsque le sang provient de la vessie*, il sort avec l'urine : tel est le signe pathognomonique de cette provenance. Mais le sang qui est ainsi mêlé à l'urine dans la vessie n'a pas toujours son point de départ dans la vessie lui-même. L'urètre, comme on vient de le voir, les urètres et même les reins peuvent aussi le fournir; mais, il faut le reconnaître, il n'y a ni un, ni même aucun signe particulier d'où puisse résulter la certitude que le sang est fourni ou non par la vessie, qu'il y a en un mot *cystorrhagie*. Il ne faut pas avoir à cet égard que des probabilités résultant de l'état apparent du sang. On a dit être alors en caillots assez volumineux et irréguliers, et de la constatation d'une affection locale de la vessie, une *cystite* simple ou cantharidique, un *calcul*, un *cancer*. Il n'y a parfois que des *varices* de la muqueuse vésicale. Enfin Mercier croit que l'hémorrhagie peut être l'indice de dépôts phosphoreux sur la muqueuse, dépôts qui donneraient, sous le cathéter, la sensation d'une surface rugueuse, sans la résistance d'un calcul (*Soc. de méd. prat.*, 1844).

c. — Le siège de l'hémorrhagie dans l'urètre n'a jamais pu être distingué pendant la vie dans les faits qui ont été observés. Les caillots vermiformes, décolorés et canaliculés qui ont été expulsés peuvent, en effet, avoir été fournis par le sang venu des reins.

d. — Quant à l'hémorrhagie rénale ou *néphrorrhagie*, elle a pu sans doute être reconnue pendant la vie, mais indirectement, et par la constatation de lésions qui peuvent la produire. Une seule particularité la rend probable toutes les fois que du sang est expulsé dans l'urine : l'observation a démontré que, dans presque tous les cas de cette expulsion, le sang est fourni par les reins.

*nditions pathologiques* de la néphrorrhagie sont nombreuses. La *simple*, selon Rayer (ce qui n'est pas généralement admis), mais *surphrite* ou plutôt la *pyélite* calculeuses, la *maladie de Bright* aiguë, le et le *cancer* du rein suscitent cette hémorrhagie. On a encore signalé *uses* de néphrorrhagie les *abcès*, les tumeurs *hydatiques* du rein, les (?), et l'ingestion de certaines substances médicamenteuses. telles *antharides*, et quelquefois le *copahu*, le *baume du Pérou* et la *téré-*. Enfin on a admis des néphrorrhagies se rattachant aux maladies gé-  
ont il a été question (p. 479), et une néphrorrhagie fébrile, particu-  
raines contrées (*hématurie des îles de France*) et considérée comme  
e, quoiqu'il soit démontré aujourd'hui qu'il y a des lésions rénales, et  
y ait trouvé dans l'urine d'un hématurique, au cap de Bonne-Espérance,  
et un embryon de distome hœmatobie (*Voy. ENTOZOAIRE*, p. 366, et  
RHAGIE).

Enfin on ne pourra qu'indirectement reconnaître aussi que le sang versé  
partie des voies urinaires est dû à une tumeur ou à une lésion voisine que  
late d'abord.

sauf le cas où l'urètre même est le siège de la perte de sang, on doit  
appuyer, dans la détermination du siège des hémorrhagies qui se font  
re, sur le diagnostic préalable des maladies locales ou générales qui  
origine.

#### HÉMORRHAGIES PAR LE VAGIN.

*trorrhagies* ou hémorrhagies utérines constituent presque à elles seules  
de sang par le vagin. Ces pertes de sang sont faciles à constater, car  
est jamais altéré au point de ne pas être reconnaissable à ses caractères  
s. Mais ce qu'il est difficile souvent de préciser pendant la période de  
uation, c'est le caractère vraiment pathologique de certains flux mens-  
is abondants ou plus prolongés que de coutume. Des opinions contra-  
ont été émises sur ce point. Le sang du flux menstruel est ordinaire-  
de ; la présence de caillots plus ou moins nombreux est donc un bon  
flux sanguin trop exagéré pour être physiologique.

On admet comme hémorrhagies qu'il appelle *menstruelles*, les flux  
ls qui sont beaucoup plus abondants qu'ils ne doivent l'être, que la  
rapide et courte, ou lente et prolongée, ou due au retour trop fréquent  
s, et qui constituent la *ménorrhagie*. Pour lui, ces hémorrhagies sont  
ées par des troubles fonctionnels immédiats ou consécutifs propres aux  
gies en général. Grisolle a adopté cette opinion. En dehors des épo-  
struelles ou assez longtemps après la cessation complète de la mens-  
il y a hémorrhagie évidemment pathologique.

On en par le toucher et surtout avec le spéculum est indispensable pour  
maître le siège de l'hémorrhagie dans l'utérus ou dans le vagin. — Dans  
r cas (le plus ordinaire), on peut voir, à l'aide du spéculum, sourdre le  
orifice utérin, après que l'on a étanché le col. Celui-ci présente quel-  
le lésion dont la présence explique l'hémorrhagie utérine. Lorsqu'il est  
t entr'ouvert, et s'il s'agit d'une femme robuste et d'une hémorrhagie  
ante, il est plus ou moins volumineux, mou et un peu chaud au toucher ;  
raire la femme est débilitée, soit déjà par l'hémorrhagie, soit par toute  
e, le col est mou et spongieux (Valleix).

L'hémorrhagie a son point de départ dans le vagin, ce qui est très-rare,  
ir, à l'aide du spéculum, sourdre le sang de la muqueuse alors altérée.  
*ite aiguë*, les granulations et surtout le *cancer* du col utérin sont les



conditions organiques locales de la métrorrhagie les plus fréquentes et les faciles à reconnaître. Viennent ensuite les *polypes* et les *corps fibreux* qui ne sont constatés que lorsqu'ils ont déjà acquis un certain développement. C'est surtout chez les femmes âgées ou qui ont passé l'âge dit critique que les hémorrhagies utérines feront soupçonner l'existence d'un cancer; tandis que chez les femmes plus jeunes, une hémorrhagie abondante avec douleurs utérines survenant après le retard évident ou l'absence d'une et surtout de plusieurs époques menstruelles, devra faire penser à un *avortement*. Dans ce cas on recherchera avec soin dans les caillots de sang le produit de la conception; l'on pourra quelquefois sentir au toucher faisant saillie à l'orifice du col pendant son expulsion. On pourrait de même sentir l'*insertion du placenta au col utérin*, lorsque des métrorrhagies abondantes surviennent dans les derniers mois d'une grossesse jusque-là normale.

On conçoit combien il est nécessaire d'explorer les organes génitaux dans tous les cas d'hémorrhagies qui y siègent. L'exploration permettra de constater les lésions du vagin, s'il en existe : soit des *ulcérations*, soit, suivant l'âge, des *varices*. Cette exploration fera trouver quelquefois la cause de l'hémorrhagie hors de l'utérus, comme une tumeur due à une *hématocèle*, ou à une *grossesse extra-utérine* qui s'accompagne si fréquemment de métrorrhagies persistantes. Enfin on ne devra pas oublier que Demarquay a observé fréquemment des métrorrhagies opiniâtres dont l'origine doit être souvent mécanique et qui sont provoquées, non par une affection utérine, mais par une inflammation se localisant dans un point circonscrit des annexes, la trompe, le ligament large ou l'ovaire. Il a vu des hémorrhagies de ce genre diminuer, puis cesser après l'évacuation spontanée ou provoquée de la collection purulente. Rokitansky a observé des faits de ce genre, et Rousseau en rapporte plusieurs autres confirmés par l'autopsie (*Thèse de doctorat, 1867*).

#### G. HÉMORRHAGIES PAR LA PEAU OU CERTAINES MUQUEUSES.

L'hémorrhagie de la peau, comparée avec raison à une *sueur de sang* (la dénomination d'*hématidrose*), est extrêmement rare, mais facile à constater. Le sang étant enlevé sur la partie qu'il occupe, on le voit sourdre de nouveau sans qu'il y ait la moindre trace de lésion. Il est fourni par les capillaires des glandes sudoripares. Parfois, sur le cuir chevelu, par exemple, il se forme un caillot irrégulier qui fait croire d'abord à une plaie qui n'existe pas. Cette hémorrhagie a lieu, en effet, sans lésion locale, et elle n'a été constatée dans des maladies donnant lieu à des hémorrhagies multiples. Rengade et Rokitansky ont noté l'hématidrose s'effectuant par la paume des mains et par les têtes génitales, comme accident des accès épileptiques.

Des hémorrhagies analogues se font au niveau de certaines membranes muqueuses ou qui se rapprochent des muqueuses : par la *conjonctive oculaire*, par le *conduit auditif*, par les *pores du mamelon*. On ne confondra pas la première de ces hémorrhagies avec l'écoulement de sang qui peut suinter par les points lacrymaux, dans certaines épistaxis, après le tamponnement des fosses nasales.

#### II. Hémorrhagies confinées dans les organes.

Les hémorrhagies dont il vient d'être question, et dont le sang s'expulse dans les voies naturelles, ne sont pas toujours suivies de son expulsion hors. C'est ce qui arrive : pour certaines épistaxis dans les fièvres graves, lorsque le sang est dégluti dans l'estomac pendant le décubitus; dans certaines gastro-entérorrhagies ou entérorrhagies; dans des hémorrhagies de la vessie, des bassins, des uretères, lorsqu'il y a obstacle à la sortie du sang; dans la rétention

des règles accumulé dans l'utérus, lorsqu'il y a obstruction des voies gé-

En ces différentes circonstances, il arrive que le sang est en trop petite quantité pour donner lieu à des symptômes particuliers, ou bien que sa quantité est considérable. Dans ce dernier cas, on peut avoir à constater les signes déjà énoncés des hémorrhagies subitement abondantes (p. 478), auxquels se joignent encore d'autres symptômes, suivant l'organe affecté. C'est ainsi que la gastro-hémorrhagie aurait été reconnue aux signes généraux d'une hémorrhagie avec distension épigastrique et distension de l'estomac. La multiplicité des symptômes mêmes suffit pour constituer une maladie, comme dans les rétentions du menstruel, dont le diagnostic a dû être traité à part (Voy. RÉTENTIONS).

Il y a encore d'autres hémorrhagies qui ne sont plus accidentellement, mais sont limitées et confinées à l'intérieur des organes, soit dans des cavités closes naturelles, comme les séreuses, soit dans la trame même des organes. Parmi ces différentes hémorrhagies, beaucoup sont caractérisées par des phénomènes symptomatiques trop nombreux, par une marche trop caractéristique et par des complications trop bien accusées pour ne pas constituer de véritables maladies. Avant d'exposer leur diagnostic, j'élimine d'abord les hémorrhagies internes, qui sont de simples lésions anatomiques, et qui constituent certains symptômes apoplectiques dont le diagnostic est impossible pendant la vie, comme les apoplexies du foie, de la rate, des reins. Je mentionne ensuite seulement les petits épanchements sanguins sous-épidermiques qui caractérisent l'eczéma et les PÉTÉCHIES, ceux plus considérables qui forment des tumeurs sanguines sous-cutanées ou intra-musculaires, comme dans le scorbut, dans l'hyperphosphémie, la cachexie splénique, la fièvre jaune, et même dans la fièvre typhoïde, comme on l'a vu chez un enfant.

Parmi les hémorrhagies confinées dans les organes et qui constituent autant de maladies, il en est qui ne méritent qu'une courte mention en raison de leur rareté et de l'obscurité de leurs symptômes; d'autres au contraire sont pour la partie des affections importantes, qui réclament une attention particulière. Des hémorrhagies très-rares et peu connues sont celles de la plèvre et du péricarde. Dans la pleurésie, une oppression croissante, survenue rapidement, avec frissons, sueurs froides, défaillances, un son mat rendu par un côté de la poitrine, l'absence du bruit respiratoire, des signes d'une pleurésie ou d'une pneumonie, et une hémoptysie concomitante, pourraient, suivant Chomel (*Dict. de méd.* en 30 vol., t. XV, p. 172), faire soupçonner l'hémorrhagie pendant la vie. Le même observateur a vu une hémorrhagie considérable du péricarde pendant la vie, l'orthopnée, l'inégalité et l'irrégularité du pouls, l'insensibilité des battements du cœur à la main, l'œdème général et quelques crachats rouilles (*ibid.*).

Les maladies hémorrhagiques plus importantes dont il me reste à parler sont : les hémorrhagies du cerveau, de la moelle ou du poumon, qui s'effectuent dans le parenchyme de ces organes, et celles qui envahissent les séreuses cérébro-spinale et abdominale, c'est-à-dire l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, le péricarpe, et les hémorrhagies intra-péritonéales. De ces dernières, qui ne méritent pas toutes la qualification de maladies, je rapprocherai les hémorrhagies sous-péritonéales.

#### HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Comprise dans les affections diverses que les anciens comprenaient sous la dénomination d'apoplexie cérébrale, l'hémorrhagie du cerveau a pu en être isolée comme maladie distincte, grâce à l'anatomie pathologique, non-seulement par

le fait de la lésion qui caractérise cette hémorrhagie, mais encore par ses particularités symptomatiques. Je traiterai, dans le cours de ce qui va suivre, le diagnostic de ses différentes variétés suivant son siège dans le cerveau proprement dit, dans le cervelet ou la protubérance, en rappelant les signes distinctifs de ces diverses variétés, lorsqu'il en existe.

La question diagnostique de l'hémorrhagie cérébrale n'a pas été aussi bien élucidée que sa question anatomique, qui a été élucidée par les travaux de Rostan, Andral, Abercrombie, Durand-Fardel, etc., puis plus récemment les recherches importantes de Charcot et Ch. Bouchard.

L'hémorrhagie cérébrale a toujours lieu par rupture vasculaire. Mais comment se fait cette rupture? Charcot et Ch. Bouchard ont démontré qu'elle se fait le plus souvent d'une périartérite diffuse des artérioles du cerveau, d'atrophie avec sclérose de la tunique moyenne, et production secondaire d'anévrysmes miliaires, dont la rupture est la cause déterminante de l'hémorrhagie cérébrale. Ces petits anévrysmes, visibles à l'œil nu, sous forme de petits globuleux de deux dixièmes de millimètre à un millimètre et plus de diamètre et qui se rompent à la moindre pression, se trouvent ouverts dans les parois des foyers récents, et ils existeraient constamment dans les cerveaux qui offrent des restes d'anciennes hémorrhagies (*Arch. de physiol.*, 1868. Charcot, *Leçons sur les malad. des vieill.*, 2<sup>e</sup> série, 1869). Les recherches plus anciennes faisaient intervenir l'athérome, reconnu aujourd'hui comme étant un produit de l'artériosclérose (Lancereaux, *Dict. encyclopéd.*, t. VI, 1867). L'athérome, comme cause disposante des hémorrhagies cérébrales, devrait, selon Charcot, céder la place aux anévrysmes miliaires résultant de la périartérite. Le processus de la dégénération athéromateuse ou graisseuse se caractérise par une hyperplasie ou hypertrophie qui diminue intérieurement le calibre de l'artère, ce qui donne lieu, non à une hémorrhagie, mais au RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL. Charcot doute de l'influence de ces athéromes sur la production des anévrysmes en général, qu'il attribue à l'atrophie de la tunique artérielle moyenne. Telle est la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale formulée par les recherches les plus modernes. Les anévrysmes miliaires doivent-ils faire réellement rejeter l'influence des athéromes dans les ruptures des hémorrhagies intra-cérébrales? C'est ce que nieront certains observateurs jusqu'à preuve contraire suffisante. La rupture des artérioles affectées de ramollissement granulo-graisseux, qui n'est qu'un degré du processus de certains ramollissements, pourrait être invoquée comme cause.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — On peut résumer en peu de mots les éléments du diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale, sauf à discuter et à compléter ses particularités à propos des inductions diagnostiques.

Après des prodromes de congestion vers la tête, qui peuvent d'ailleurs, par défaut, l'invasion ou l'attaque a lieu subitement par un vertige, une perte de connaissance ordinairement complète, et la chute du corps, soit par le fait de l'étourdissement, soit par le fait de la paralysie du mouvement et du sentiment, paralysie ordinairement hémiplegique avec déviation de la face, et souvent aussi la vessie et le sphincter de l'anus, alternant parfois avec des convulsions et atteignant immédiatement toute son intensité. Cette paralysie persiste dans les cas où il y a amendement des autres symptômes, pour ne paraître elle-même que d'une manière graduelle et plus ou moins lente.

Ces accidents de l'hémorrhagie cérébrale peuvent être foudroyants et occasionner la mort en moins de cinq minutes; mais le plus souvent ils se prolongent : tantôt pendant un ou plusieurs jours, après lesquels la mort survient sous le coma qui a succédé à la perte de connaissance; tantôt la perte de con-

cesse, les autres symptômes s'amendent et la paralysie persiste plus ou moins longtemps, parfois même indéfiniment.

**Inductions diagnostiques.** — Si l'hémorrhagie cérébrale avait toujours une lésion symptomatique identique, il serait difficile de la méconnaître. Malheureusement il n'en est pas ainsi. La prédominance de certains symptômes et l'atténuation des autres donnent à la maladie des allures diverses qui en rendent le diagnostic plus ou moins difficile. De plus, la perte subite de connaissance suivie d'abord avec paralysie se rencontre quelquefois avec d'autres lésions cérébrales. D'abord la perte de connaissance est quelquefois *incomplète* et ne consiste qu'en un simple *étourdissement*, sur lequel Rochoux a insisté avec raison, et donne au malade un air d'étonnement et d'hébétéude qui ne se dissipe qu'avec le temps; d'autres fois il y a véritablement perte de connaissance, mais elle se réveille entièrement en peu d'heures ou en quelques instants. Parfois le malade sent au moment de l'attaque une douleur très-vive de déchirement dans le cou, ce qui prouve qu'il ne perd pas alors tout *sentiment*; il peut aussi lever ses jambes fléchir, et, *avant de tomber* comme une masse inerte, avoir le temps d'appeler du secours.

La paralysie est un des symptômes qui méritent le plus d'attention. Durand-Rodier a insisté sur ce fait qu'elle débute brusquement et qu'elle *acquiert immédiatement toute son intensité*, pour ne décroître ensuite que d'une manière graduelle. On n'oubliera pas non plus qu'elle ne consiste pas toujours en hémiplegie, et que, dans des cas rares, elle est *générale* (mais alors même elle est prononcée d'un côté que de l'autre) ou *limitée* à un seul membre, à la main, à la langue. Dans la paralysie de la langue, qui est ordinairement déviée du côté atteint d'hémiplegie, les efforts inutiles que fait le malade pour parler sont très-remarquables. La paralysie du côté de la face correspondant ordinairement à celui de l'hémiplegie est un élément diagnostique qui, joint à la stupeur, a été considéré comme plus important que l'hémiplegie elle-même.

La marche de la maladie est variable, comme je l'ai dit plus haut; mais sous ce rapport l'hémorrhagie cérébrale présente deux conditions qui ont une certaine importance. C'est l'état du malade lorsque les accidents paralytiques persistent longtemps, et la tendance aux récides.

Quand la persistance longtemps prolongée de la paralysie, qui diminue plus ou moins au membre inférieur qu'au membre supérieur, et où les mouvements et la sensibilité reviennent aussi plus tôt, le malade a un aspect particulier: l'hébétéude, l'hémiplegie faciale, la difficulté de la parole, la béance de la bouche qui laisse écouler habituellement la salive, l'atrophie des membres paralysés et la marche en fauchant (*Voy. PARALYSIES*), constituent, en effet, un ensemble des plus caractéristiques.

Les récides présentent cette particularité que les prodromes congestifs de l'hémorrhagie, qui ne peuvent être d'une utilité réelle pour faire prévoir une nouvelle attaque, ont une certaine valeur, au contraire, pour annoncer l'imminence d'une nouvelle attaque. Les bouffées de chaleur à la tête, la coloration rouge de la face, un peu de céphalalgie ou de pesanteur de tête, des étourdissements, des troubles de la vue et de l'ouïe: tels sont les principaux de ces prodromes.

Quant aux *causes* de l'hémorrhagie cérébrale, elles sont très-rarement appréhensibles et ne peuvent guère éclairer le diagnostic. Il ne faut pas attacher une importance exagérée à la constitution dite *apoplectique* (cou court, embonpoint, face colorée, apparence robuste et pléthorique). Rochoux l'a rejetée comme une *prédisposition* (*Rech. sur l'apoplexie*, 1814, p. 215), mais elle a été

constatée par Durand-Fardel dans *plus de la moitié des cas*. Néanmoins, le praticien qui est au lit du malade, la question de fréquence de cette affection importe peu, puisque l'hémorrhagie a été rencontrée dans toutes les conditions de tempérament et de constitution, et même à la suite d'une cause accidentelle (*Voy. p. 59*). On a signalé comme des causes occasionnelles l'hémorrhagie cérébrale, les *grands efforts musculaires*, les *coups* et les *chutes*, mais ces causes n'agissent le plus souvent sans doute que lorsqu'il y a préexistence d'une des lésions vasculaires qui sont rappelées plus haut : anévrismes, affaiblissement granulo-graisseux des parois des vaisseaux, artéromes (?). Quant à l'influence de l'âge, la maladie est incomparablement plus fréquente au-delà de cinquante ans et dans la vieillesse que dans les âges antérieurs.

Dans le premier âge (enfants à la mamelle), l'hémorrhagie cérébrale est rare et ordinairement latente (Valleix). Cependant Vernois a observé un enfant qui présentait les symptômes que l'on observe chez l'adulte. Chez les enfants âgés (Barthez et Rilliet, *Traité des malad. des enfants*), cette hémorrhagie est le plus souvent secondaire et méconnue pendant la vie; des convulsions, l'agitation, du coma, et presque jamais la paralysie, ont été alors observées.

Le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile à préciser entre l'hémorrhagie cérébrale et la plupart des affections cérébrales ou arachnoïdiennes aiguës qui peuvent avoir une apparence apoplectiforme. Durand-Fardel rap porte à ce propos deux des caractères essentiels de l'hémorrhagie cérébrale : début instantané et la marche décroissante; 2<sup>o</sup> l'hémiplégie ou paralysie partielle. Lors donc que l'on remarquera soit une marche même très-légèrement décroissante d'accidents apoplectiformes, ou bien une résolution générale des membres au lieu d'une hémiplégie, il y aura déjà une forte présomption que l'on n'a pas affaire à une hémorrhagie cérébrale. De plus, dans cette hémorrhagie, la durée des accidents est en raison inverse de leur gravité apparente.

Dans la *congestion* avec accidents subits qui constituent le coup de sang, et l'hémiplégie, le diagnostic différentiel est uniquement subordonné à la nature des accidents, qui sont passagers dans le cas d'hyperémie; s'il y a une résolution générale des membres, il y a lieu de penser qu'il ne s'agit aussi que d'une congestion, à moins que l'on n'ait affaire à une hémorrhagie très-considérable; mais dans ce dernier cas, il y a ordinairement un côté plus paralysé que l'autre, et la paralysie peut alterner avec de la contracture ou des convulsions. Une congestion simple se développe graduellement et sans symptômes paralytiques; il est évident que la confusion n'est pas possible.

Le *ramollissement cérébral* aigu dans sa forme apoplectique ne peut très-difficilement se distinguer d'une hémorrhagie cérébrale. Rochoux le premier a signalé ce fait dès 1812 (*Thèse*); mais c'est à Durand-Fardel qu'on doit la démonstration. De son propre aveu, rien dans les prodromes, lorsqu'ils existent, ni dans le début, ne peut séparer les deux affections au point de vue de la séméiologie, et il en est de même de leur marche et de la plupart des symptômes considérés isolément. Certaines circonstances sont bien plus particulières au ramollissement qu'à l'hémorrhagie, mais non d'une manière exclusive, sorte que le doute est toujours permis. La conservation de l'intelligence, par exemple, avec hémiplégie subite et persistante, des petits mouvements continuels dans le commencement d'une attaque apoplectiforme et la conservation de la sensibilité signalés comme signes du ramollissement se rencontrent aussi dans des cas d'hémorrhagie. Cependant l'exaltation de la sensibilité n'a pas été rencontrée avec l'hémorrhagie, tandis qu'elle l'a été comme symptôme de ramollissement.

ment, mais principalement de celui à marche graduelle. Enfin un autre de ramollissement, la *contracture*, sur laquelle on a tant insisté qu'elle ne soit devenue un signe distinctif classique entre le ramollissement et l'hémorragie, est loin d'avoir la valeur qu'on lui a attribuée, puisque, d'après les relevés de Durand-Fardel, elle serait plus fréquente dans l'hémorragie (les deux tiers des cas) que dans le ramollissement (un quart des faits).

ici dans quelles limites la contracture peut servir à différencier les deux affections. Dans l'hémorragie cérébrale, la contracture annonce la rupture d'un foyer sanguin considérable dans les ventricules latéraux (E. Boudet, *Mém. l'hémorragie des méninges*, 1839), et s'accompagne par suite des signes de compression considérable du cerveau; tandis qu'avec la condition opposée (symptômes apoplectiques légers) la contracture pourra être rattachée à un ramollissement (Durand-Fardel).

L'hémorragie de l'arachnoïde pourrait être confondue avec l'hémorragie cérébrale; cependant on a indiqué le développement graduel des accidents, et lorsqu'elle est rapide (Andral), la contracture, les convulsions, et l'intensité des symptômes (E. Boudet), comme la séparant de l'hémorragie cérébrale. Dans la plupart des cas, d'une manière assez précise.

Enfin on a signalé un cas exceptionnel de *méningite* dont les caractères du ramollissement, hémiparésie, ont été confondus avec ceux de l'hémorragie cérébrale (Rostan), et dans lequel la fièvre aurait pu mettre sur la voie du diagnostic, selon Durand-Fardel.

Une fois l'hémorragie cérébrale une fois admise, la première question du diagnostic élémentaire qu'il s'agit de résoudre est celle du *siège* et de l'*étendue* de l'hémorragie.

On sait que, dans l'immense majorité des cas, l'hémorragie occupe le côté du cerveau opposé à celui de l'hémiparésie. Mais une précision anatomique plus importante est-elle possible? Relativement au siège de l'épanchement sanguin dans la sphère, on trouve bien, dans les auteurs, des symptômes particuliers associés à l'occupation de telle ou telle partie par le foyer hémorragique; mais à l'exception de la localisation de l'hémorragie au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche, annoncée par l'APHASIE dans la très-grande majorité des cas, les signes probants de la localisation de l'épanchement sanguin manquent, et les faits contraires abondent, ainsi que l'ont démontré Rochoux et Durand-Fardel. On sait que, dans l'immense majorité des cas, c'est le corps strié ou la circonvolution optique qu'occupe le sang épanché; mais c'est là une question secondaire. Il en est une autre plus intéressante pour le praticien, c'est de savoir si l'hémorragie est double ou occupe les *deux hémisphères*: alors la paralysie est double aussi, et ordinairement plus prononcée d'un côté que de l'autre. Mais il ne faut pas oublier que cette paralysie générale n'est pas toujours due à un double épanchement; elle peut résulter aussi d'une hémorragie importante avec rupture du foyer hémorragique dans le ventricule opposé, et l'envahissement du ventricule opposé par le sang épanché. Alors les symptômes sont ordinairement très-graves et s'accompagnent de contracture ou de convulsions. Durand-Fardel a particulièrement insisté sur la distinction des cas avec ou sans communication du foyer sanguin avec l'intérieur de l'arachnoïde; il considère même cette division comme la seule utile au praticien au point de vue du siège de l'hémorragie, ce que l'on ne saurait entièrement méconnaître. Il y a, en effet, deux autres problèmes à résoudre: l'hémorragie est-elle du *cervelet*? siège-t-elle dans la protubérance?

Quant à l'hémorragie du *cervelet*, on peut dire que les recherches de



Bouillaud, d'Hillairet, de Leven et A. Ollivier ont dissipé bien des obscurités sur son histoire clinique. Hillairet en a fait l'objet d'un important *Mémoire* communiqué à la Société médicale des hôpitaux (*Arch. de méd.*, 1858, t. II), dans lequel il assigne à l'hémorrhagie cérébelleuse les symptômes suivants : qu'il y ait au début une attaque subite, apoplectiforme avec perte de connaissance, soit que l'attaque plus légère ait lieu sans perte de connaissance, il y a des vomissements spontanés revenant plusieurs fois dans le cours de la vie jusqu'à la mort, vomissements auxquels Hillairet attache une grande importance sémiologique, et qui seraient dus à la compression ou à l'excitation pneumo-gastriques par la masse cérébelleuse distendue par l'hémorrhagie, y a de la somnolence (suivie de coma profond dans les cas graves), mais l'intelligence demeure intacte jusqu'à l'agonie. 3° La paralysie, quand elle existe, est habituellement croisée, mais il paraît y avoir plutôt affaiblissement et résolution générale que paralysie véritable ; l'équilibre des membres supérieurs est impossible. 4° La tendance au recul et la rotation, qui n'ont été observées qu'une fois par Hillairet, paraissent être habituelles dans les affections du cervelet en général ; le facies offre de l'hébétéude et de l'étonnement, la fixité des yeux, parfois strabisme (Leven et Ollivier), amaurose plus ou moins complète. 5° Enfin la sensibilité tactile est intacte.

Les faits, étudiés ainsi réunis, donnent une formule précise des symptômes qui ne se rencontre pas malheureusement dans chaque fait particulier, mais qui, par défaut de certains signes importants, ou par prédominance de signes exceptionnels, se présente sous des aspects variés. L'appareil symptomatique rappelé ci-dessus peut d'ailleurs se rencontrer dans des affections cérébrales autres que l'hémorrhagie du cervelet, comme je l'ai vu chez une femme de l'hospice des Incurables, qui succomba à une congestion cérébrale sans hémorrhagie cérébelleuse, comme le montre l'autopsie. La difficulté du diagnostic de l'hémorrhagie qui m'occupe est la plus grande encore en présence des faits que possède la science, et dans lesquels l'hémorrhagie cérébelleuse s'est manifestée tantôt par les mêmes symptômes que l'hémorrhagie cérébrale (*hémiplegie* du côté opposé ou du même côté de la lésion du cervelet), tantôt par une *paraplegie* (Forget, *Gaz. méd.*, 1858), tantôt enfin par le défaut de coordination des mouvements comme dans le cas même principal (Bouillaud).

L'hémorrhagie de la protubérance a été suivie, dans beaucoup de cas, de mort subite ou très-rapide ; dans d'autres, d'une paralysie générale (l'hémorrhagie des parties centrales), ou des symptômes insolites que j'ai rappelés à l'article ENCÉPHALE à propos de la localisation anatomique de ses lésions (p. 345). Les symptômes qui y sont rappelés d'après la monographie de Gubler sur la pathologie de la protubérance annulaire (*Thèse de doctorat*, 1856) se rapportent plus particulièrement à l'hémorrhagie qu'à toute autre lésion de la base du cerveau. Les faits les plus remarquables de l'hémorrhagie du mésocéphale au point de vue des symptômes sont ceux dans lesquels, la lésion étant latérale, il y a une *hémiplegie* des membres d'un côté, et de la face du côté opposé, contrairement à ce qui a lieu dans l'hémorrhagie cérébrale proprement dite, où l'hémiplegie est unilatérale pour les membres et pour la face. Il y a, en un mot, dans l'hémorrhagie de la protubérance, *hémiplegie alterne*, suivant l'expression de Gubler. Ce fait, signalé par Millard à la Société anatomique (*Bulletin Soc. anat.*, mai et juin 1856), l'a été aussi par Gubler dans deux *Mémoires* (*Gaz. hebdom.*, 1856, 1858, 1859) qui ne laissent aucun doute sur l'importance de ce signe. Cependant, quoiqu'il soit très-fréquent, il ne saurait être considéré comme pathognomonique, car il y a eu des faits publiés d'hémorrhagie de la protubérance avec *hémiplegie* du même côté.

protubérance, comme celui que l'on trouve dans la (mai 1858).

Il y a toujours de l'intensité des symptômes à l'étendue que; car on a constaté que des petits foyers pouvaient être très-graves. Mais peut-on savoir s'il y a réellement ou simplement une *hémorrhagie capillaire*? Évidemment les recherches de Bravais, Cruveilhier, Dance, Diday, et autres, que, dans l'hémorrhagie capillaire, tantôt les hémorrhagies cérébrales ordinaires, que tantôt ils sont souvent échappés à l'observation, et tantôt enfin qu'ils sont différents de ceux de l'hémorrhagie cérébrale en foyer, sont méconnues pendant la vie.

Les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale, la principale est le coma du foyer hémorrhagique. Il survient plusieurs jours, plusieurs mois, plusieurs années même après le début de la maladie, et il s'annonce par de la fièvre, des douleurs plus ou moins fortes, de la contracture dans les membres, déclare une nouvelle perte de connaissance brusque ou les symptômes augmentent et la mort survient. Les douleurs sont violentes, et elles peuvent, lorsque le ramollissement se montre, seules d'abord et prouver l'existence de cette complication. Des tumeurs étrangères au cerveau peuvent encore occasionner des hémorrhagies, la pneumonie occupe le premier rang. On n'oubliera pas que l'affection peut être presque complètement latente.

Le pronostic de l'hémorrhagie cérébrale est grave, non pas parce qu'elle conduit constamment à la mort, mais en raison des infirmités qui surviennent lorsque les malades ne succombent pas, et parce que l'on a toujours à craindre. Durand-Fardel fait remarquer que les hémorrhagies dans les ventricules ou les méninges sont toujours mortelles; l'observer avec soin l'existence ou l'absence de contractures et de convulsions : ces phénomènes, observés dans les trois ou quatre jours d'une hémorrhagie cérébrale, sont l'indice de la rupture presque certaine. La paralysie simultanée des deux côtés du corps, question, annonce alors une mort inévitable et prochaine.

Avant soixante ans qu'à un âge plus avancé que l'on voit se cicatriser les hémorrhagies, en exceptant toutefois l'enfance, dans laquelle l'hémorrhagie est toujours mortelle. Il est généralement très-difficile de dire, dès les premiers jours, quel sera le degré définitif du retour à la santé et le vieillard. Les signes les moins favorables sont ceux qui surviennent d'un petit nombre de jours, de l'affaiblissement de l'intelligence, de la paralysie de la langue, de la paralysie complète du membre affecté. L'amaurose, ces divers phénomènes devant être ceux qui se dissimulent. On peut admettre que, chez les vieillards amaigris, pâles, caractéristiques de la cachexie sénile, il est plus difficile d'éviter ou de retarder la mort que chez les individus gras et sanguins.

**DE LA MOELLE (Hématomyélie).**

(d'Angers) que l'on doit d'avoir réuni les principaux faits relatifs à cette affection. Ils diffèrent suivant la partie de la moelle épinière qui en est le siège. La mort est subite si l'hémorrhagie affecte le bulbe supérieur ou le bulbe inférieur; que, si l'hémorrhagie se fait plus bas, on peut observer un certain nombre de jours qui permet de chercher à formuler le diagnostic.

Suivant Ollivier, d'Angers (*Traité des malad. de la moelle épinière*, 11) on pourrait reconnaître la maladie à une *paralysie subite et instantanée* des deux côtés du corps, précédée ou non de douleurs rachidiennes plus ou moins vives dans le point où doit s'effectuer l'épanchement sanguin. Parfois la paralysie est progressive; le plus ordinairement au moment de l'attaque, le malade tombe tout à coup, sans pouvoir conserver l'équilibre, mais *sans perdre connaissance*. La paralysie du sentiment et surtout du mouvement occupe les *membres inférieurs* seuls, si la lésion siège vers la région lombaire; ou plus, une partie du tronc, la vessie, le rectum, si la lésion occupe la région sacrale; enfin à ces symptômes se joignent la paralysie des bras et une dyspnée suffocante, si le foyer sanguin occupe le renflement cervical.

Ce n'est que d'une façon tout exceptionnelle, lorsque le foyer a eu un seul côté de la moelle, que l'on a rencontré une *hémiplegie* du côté correspondant.

Le siège habituel de la paralysie des deux côtés du corps, la conservation de l'intelligence et l'absence de fièvre rendent le diagnostic facile lorsque l'attaque est brusque et s'accompagne de chute. Cependant on s'est posé, sans pouvoir la résoudre, la question de savoir si le *ramollissement* de la moelle ne pouvait pas donner lieu à une attaque subite, comme il le fait pour le cerveau (Vallée). Il y a donc ici un point de doute. Quoi qu'il en soit, si l'on remarque que les symptômes de l'hémorrhagie peuvent se produire avec une certaine lenteur (ce qui est d'ailleurs rare), on comprendra qu'il serait possible de prendre change en présence de certains ramollissements de la moelle. La *congestion* de la moelle pourrait certainement en imposer davantage pour une hémorrhagie s'il y avait persistance de la paralysie après les premiers accidents, comme on a cru le remarquer. — Quant à l'*hémiplegie* considérée comme signe de l'hémorrhagie, il me paraît bien difficile, malgré la conservation de l'intelligence, de pouvoir rattacher ce signe à cette affection pendant la vie.

Cette hémorrhagie est presque toujours rapidement mortelle, en quelques jours au plus. Cependant Cruveilhier a cité un fait qui démontre qu'un épanchement sanguin dans la moelle peut être suivi de réparation et de guérison, comme la pulpe cérébrale.

#### C. HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE CÉRÉBRALE.

Si cette affection est aujourd'hui assez bien connue au point de vue de son étiologie pathologique, on peut dire sans hésiter qu'elle est une des plus obscures à diagnostiquer pendant la vie.

Les recherches d'anatomie pathologique relatives aux hémorrhagies méningées paraissent complètes depuis les recherches de Serres, Rostan, Rostan, Calmeil, Ribes, Ménière, Longet, Lélut et surtout depuis celles de Baillet d'E. Boudet et de Prus, qui avaient établi que le sang épanché dans l'arachnoïde pouvait s'y organiser en kyste, lorsqu'en Allemagne, puis en France, on avait fait prévaloir la doctrine de la source constante de l'hémorrhagie dans la membrane préexistante de nouvelle formation, une *néo-membrane* en quelque sorte due à une inflammation particulière, à une *pachyméningite* (Virchow), et non à la surface de l'arachnoïde. Mais cette origine de l'hémorrhagie, telle qu'elle est exposée par Lancereaux, Laborde, Auguste Voisin, etc., pour être réelle, ne peut être généralisée. Il y a des hémorrhagies *primitives*, par transsudation, ou par rupture vasculaire (artérielle, veineuse, capillaire), qui sont les plus fréquentes de même que des hémorrhagies *secondaires*, par rupture des vaisseaux des membranes, vaisseaux minces et fragiles par eux-mêmes, ou bien qui sont le résultat d'une dégénérescence granulo-graisseuse rapide. Mais cette dernière forme

peut être diagnostiquée avec certitude. D'abord les symptômes qui s'observent pendant la formation de la néo-membrane sont, en effet, ceux de l'affection produite avec laquelle elle coexiste (alcoolisme chronique, paralysie générale, épilepsie, etc.). Cependant Aug. Voisin a essayé de résumer ainsi les signes qui paraissent se rattacher à la formation de ces néo-membranes : *convulsions* de courte durée, se succédant rapidement, et caractérisées par la prédominance de *contractures*, par l'*absence des convulsions des globes oculaires*, par la *localisation* des accidents convulsifs dans un membre ou un côté du corps, et par de l'intelligence plus ou moins complet dans l'intervalle des accès (*Bull. Soc. anat.*, t. VI, 1861). Mais lorsque l'épanchement sanguin a lieu par la rupture des vaisseaux de ces néo-membranes, on peut dire que ces hémorrhagies méningées secondaires ne peuvent être reconnues, pendant la vie, que dans les très-rare cas où l'épanchement est assez abondant pour produire les effets de l'hémorrhagie par rupture primitive des vaisseaux. Au point de vue du diagnostic, on se doit donc principalement m'appuyer sur les données sémiologiques anciennes, en tenant compte des travaux anatomiques modernes. Ces travaux n'ont pu heureusement empêcher la maladie de rester très-obscur, soit qu'on l'observe dans la vieillesse, soit qu'on la rencontre chez l'enfant, car elle se rencontre également toujours aux deux extrémités de la vie.

— *Dans la vieillesse.*

Le travail le plus récent et le plus complet que l'on puisse consulter sur l'hémorrhagie méningée des vieillards, est celui que Durand-Fardel a inséré dans son *Traité des maladies des vieillards* (1854), où il a analysé les faits suivants.

**Éléments du diagnostic.** — L'invasion de la maladie est tantôt *soudaine*, apoplectiforme, et parfois mortelle, et tantôt *progressive* pendant quelques jours. La maladie déclarée (sous l'influence de causes encore mal connues) est caractérisée par les symptômes suivants :

Plus souvent il existe un *coma continu* ou avec des *rémissions* alternant avec du *délire* ; plus rarement il n'y a qu'une simple *somnolence* ou un *abaissement intellectuel*, alternant ou non également avec le délire. *Du côté des mouvements et de la sensibilité*, on peut ne rien observer ; mais il est ordinaire de constater une *paralysie* atteignant aussi bien la sensibilité que les mouvements. Rarement il y a *résolution* et *insensibilité générales* ; le plus souvent on observe une *hémiplégie*, tantôt complète et subite, tantôt graduelle, occupant à un même degré les deux membres d'un côté ou s'étendant aussi à l'autre. Cette paralysie est accompagnée de *contracture*, de *raideur*, de *convulsions* des membres paralysés, ou seulement des membres du côté affecté, ou enfin des deux côtés, quoique la paralysie n'en occupe qu'un seul. La maladie, qui n'a ordinairement qu'une durée de quelques jours, peut se prolonger un mois et plus.

**Inductions diagnostiques.** — L'expression symptomatique de cette affection est tellement variable, que E. Boudet a été conduit à lui attribuer autant de noms qu'il y a de symptômes principaux, qui tous peuvent être prédominants. Or, comme parmi ces symptômes il n'en est aucun qui ne puisse se rencontrer dans une autre maladie cérébrale, il est facile de comprendre que rien n'est plus difficile que de diagnostiquer l'hémorrhagie méningée pendant la vie, aussi a-t-elle presque toujours été méconnue.

Quant il y a des circonstances plus ou moins faciles à apprécier, qui sont caractéristiques, suivant Durand-Fardel (*Traité des maladies des vieillards*, 1854), à quelque jour sur les cas de diagnostic difficile. Il pense que lorsque le

come et l'anéantissement général des facultés, qui attendent une forte compression de l'encéphale, ne s'accompagnent *pas* de paralysie, ou ne s'accompagnent que d'une paralysie incomplète, fût-elle même un peu plus prononcée d'un côté que de l'autre, on pourra soupçonner une hémorrhagie méningée chez un vieillard. On sera d'autant plus porté à la diagnostiquer que les accès auront été précédés d'une céphalalgie considérable. Quant à la contraction aux convulsions, considérées par E. Boudet comme constantes et caractéristiques, elles ne sauraient servir en rien au diagnostic si elles sont unies à l'hémiplégie. Mais l'absence de la paralysie (comme pour le coma) leur donne une grande valeur séméiologique. La généralisation de la paralysie devra être prise en grande considération, de même que la marche de la maladie avec les rémissions signalées par E. Boudet, et auxquelles on a attaché une grande importance diagnostique.

L'hémorrhagie méningée peut facilement être confondue avec la congestion cérébrale, le ramollissement du cerveau, et avec la méningite.

La congestion cérébrale surtout, qui en impose si facilement pour toutes les autres affections du cerveau, peut simuler parfaitement l'hémorrhagie méningée sous toutes ses formes. La prolongation des accidents hémorrhagiques éloigner l'idée de la congestion, à la condition que l'on tiendra compte des rémissions qui pourraient induire facilement en erreur.

Dans l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau, la paralysie est souvent limitée à un côté du corps, la coïncidence de la contraction avec cette paralysie, la déviation de la face (Prus) qui manque si rarement, et l'absence de rémissions dans les accidents, ont été données comme caractéristiques, par rapport à ceux de l'apoplexie méningée. Mais il n'en est pas ainsi que celle-ci ne puisse présenter, de même que les rémissions peuvent lui faire défaut. Cette absence de rémission manque sans doute rarement, mais enfin elle se rencontre quelquefois, et cela suffit pour qu'il en résulte une confusion impossible à éviter au lit du malade.

Rarement on pourra croire à une méningite aiguë en présence d'une hémorrhagie méningée; car, dans la méningite, l'existence de la fièvre, des vomissements, l'intensité du délire et celle des convulsions sont caractéristiques, tandis que, dans l'hémorrhagie des méninges, la fièvre est éphémère, le délire et les convulsions sont peu intenses lorsqu'ils existent, les vomissements manquent.

On a distingué anatomiquement deux formes d'hémorrhagie, suivant qu'elle est *intra-arachnoidienne* ou *sous-arachnoidienne* (dans la pie-mère), et on s'est efforcé de rattacher à chacune des deux formes des symptômes particuliers (Mém. de l'Acad. de méd., XI, 1845). Mais il n'y a entre ces deux formes que de légères différences de fréquence pour certains symptômes communs. Le coma et la somnolence, par exemple, seraient plus constants dans l'hémorrhagie sous-arachnoidienne. Il est évident que ces différences trop vagues ne sont pas d'utilité réelle au praticien. On a vu plus haut que d'autres formes anatomiques dérivent de la pathogénie de l'hémorrhagie : 1° par exhalation; 2° par rupture des vaisseaux de l'encéphale; 3° par rupture des vaisseaux d'une néomembrane accidentelle. J'ai rappelé les grandes difficultés que l'on devait nécessairement éprouver à les distinguer les unes des autres pendant la vie.

3° Pronostic. — La gravité de cette affection est extrême; elle est mortelle, cependant si l'hémorrhagie se fait dans la cavité de l'arachnoïde, car les recherches d'anatomie pathologique de Baillarger (Soc. anat., mai 1834; 1838), et après lui celles de plusieurs autres observateurs, ont

que le sang épanché pouvait se transformer en kyste, et l'affection guérir.

— *Dans l'enfance.*

Après les descriptions symptomatiques de quelques auteurs, l'hémorragie méningée, qui est presque toujours intra-arachnoidienne chez l'enfant, n'offre pas de signes qui permettent de la diagnostiquer aisément. Le diagnostic varie suivant les deux périodes que peut présenter la maladie dans le jeune âge.

— Dans une première période, qui est aiguë, il y aurait, suivant Legendre (*Gaz. méd.*, 1843), des *accidents convulsifs légers vers les yeux*, du *trismus*, l'*absence de vomissements* et de *constipation*, des *contractures* des extrémités, et des accès convulsifs de plus en plus fréquents et violents, de *rougissement*, de l'*obtusion de la sensibilité* cutanée dans les derniers jours, sans symptômes de paralysie. Barthéz et Rilliet ont cependant cité un cas d'*hémiplegie*. Ils considèrent d'ailleurs l'ensemble des symptômes comme devant se confondre nécessairement avec ceux d'autres maladies cérébrales, et ne comme faisant souvent défaut dans cette première période.

— Dans la seconde période, lorsque l'affection, se prolongeant, est devenue chronique, le caillot s'est transformé en kyste séreux. Ce kyste se développe et produit les symptômes d'une *hydrocéphalie*, dont la cause n'est pas toujours à déterminer. Cette hydrocéphalie peut, en effet, être due à des anévrysmes ou à d'autres tumeurs cérébrales. Le volume considérable de la tumeur, a-t-on dit, aura été précédé de convulsions s'il y a eu d'abord hémorragie méningée. Mais il en est de même dans les cas de tumeurs; et même la fréquence des convulsions est plus grande dans cette dernière circonstance. Les convulsions, comme antécédent distinctif, n'ont donc pas grande valeur. Barthéz et Rilliet ont fait remarquer que la considération de l'âge de l'enfant faisait un caractère différentiel important entre les deux genres d'hydrocéphalie, puisqu'avant l'âge de deux ans il est extrêmement rare d'observer des tumeurs tuberculeuses cérébrales. Dans les deux premières années, on devra donc se méfier de croire à une hémorragie comme cause de l'hydrocéphalie. Les mêmes auteurs n'hésitent pas, en présence de l'importance du diagnostic en pareil cas, de proposer l'emploi des *ponctions exploratrices*, qui peut, dans le cas d'hémorragie initiale, donner issue à du sang, à de la sérosité *albumineuse*, ou à un liquide *sanguinolent*, comme dans un cas où l'opération a été plusieurs fois pratiquée par Ruz (Gaz. méd., 1844).

On est peu surpris, en présence de ces nombreuses incertitudes de diagnostic, que l'hémorragie des enfants ait été, suivant la prédominance de tels ou tels symptômes, confondue avec les *convulsions essentielles* et les *tubercules cérébraux*, avec la *méningite* et le *ramollissement cérébral*.

Le pronostic de l'hémorragie méningée est très-grave chez l'enfant comme chez le vieillard. Cependant, chez l'enfant, la forme chronique qui s'accompagne d'augmentation de volume de la tête est peut-être moins fâcheuse, car il est probable que certaines guérisons d'hydrocéphalies qui ont été obtenues peuvent lui être attribuées.

**HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE RACHIDIENNE (hématorachis).**

Cette affection peut s'observer isolément de l'hémorragie méningée cérébrale. Elle se caractérise par une *douleur vive* et ordinairement subite, dans une étendue variable du rachis, se joignant des *convulsions*, de la *raideur*, de la *contracture*, soit des membres inférieurs seulement, soit de la partie postérieure du tronc, soit des parties du corps; parfois il y a un véritable *tétanos*. Ces symptômes peuvent, que l'épanchement sanguin soit intra ou extra-méningé. La sensi-



bilité est parfois émue (Boscredon, *Thèse*, 1855); une fois, Lays l'a trouvée obtuse d'un côté du corps, avec légère faiblesse dans les mouvements, tant qu'il y avait hyperesthésie excessive au niveau du côté opposé (*Recueil trav. de la Soc. méd. d'observ.*, t. I). Parmi ses causes les plus positives a signalé les violences extérieures, les chutes surtout. Cette affection est en général promptement mortelle.

#### E. HÉMORRHAGIES INTRA-PÉRITONÉALES.

Ces hémorrhagies, dont l'anatomie pathologique a aujourd'hui bien défini le siège, occupent le cul-de-sac utéro-rectal, qui est la partie la déclive de la grande cavité péritonéale. Ce n'est que dans des cas très-rares et qui échappent à toute appréciation exacte pendant la vie, que le sang épanché dans le péritoine ne vient pas s'accumuler dans le bassin. À la publication de la thèse de Viguès (1850), qui ne représentait nullement, à l'égard de l'opinion de Nélaton, comme on l'a pensé d'abord, on a cru pendant certain temps (comme pour les hémorrhagies intra-arachnoïdiennes) que les épanchements sanguins intra-pelviens s'effectuaient sous la séreuse; mais des recherches plus précises ont démontré qu'elles étaient intra-péritonéales, que les cas rares d'hémorrhagies sous-séreuses n'avaient qu'une seconde importance, comme on le verra plus loin.

Les hémorrhagies intra-péritonéales ont une origine très-complexe. Ce qui fait que chaque observateur a pu élaguer de l'ensemble celles qui ne traient pas dans le cadre de ses recherches, attachant à certains groupes faits au détriment des autres une importance plus particulière. De là les points de vue disparates sous lesquels la question a été envisagée à propos d'un phénomène important de ces hémorrhagies : l'hématocèle. Il suffit, en effet, de rappeler les leçons de Nélaton, les thèses de Viguès, Prost, Fenerly, Aug. V. (*De l'Hématocèle rétro-utérine*. Paris, 1860; in-8°, avec 4 pl.), Deval, notes ou Mémoires de Laugier, Gallard, les leçons de Trousseau, les traités de Scanzoni, Aran, A. Becquerel, Nonat, et la *Clinique des maladies des femmes* de Bernutz et Goupil (t. I, 1860), pour justifier mon assertion. Au milieu de cette masse de travaux, auxquels viennent encore se joindre une foule de faits particuliers très-importants, quelle marche suivre pour traiter la question de diagnostic pratique? On pourrait être embarrassé si, au lit du malade, on ne devait pas faire abstraction de toute théorie. Il faut partir, en effet, des phénomènes observés pour arriver à la distinction d'origine, but principal du diagnostic, mais non son point de départ immédiat.

Avec Bernutz et Goupil (*Clinique des maladies des femmes*, t. I), je considère l'hématocèle comme un épiphénomène de ces hémorrhagies internes, comme une maladie particulière. Mais l'hématocèle constitue un état pathologique complexe par ses caractères, par sa marche et même par ses complications, au même titre que l'anémie, par exemple. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner, selon moi, de la dénomination particulière donnée à l'hématocèle dans les travaux dont elle a été spécialement l'objet, et dont je n'ai pas à discuter ici la valeur.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les hémorrhagies intra-péritonéales ont presque exclusivement leur origine dans l'appareil génital féminin, c'est la femme qu'on les constate à peu près constamment.

Quelle que soit la cause de ces hémorrhagies, il faut considérer qu'elles se font dans une cavité séreuse éminemment irritable, que la quantité de sang épanché est ordinairement considérable, et que l'épanchement lui-même présente des particularités très-importantes. De là trois groupes de données diagnostiques.

Am premier groupe appartiennent les signes d'une péritonite à invasion brutale, caractérisée alors par une *douleur* qui ne manque jamais, vive, très atroce, dans un point de l'abdomen (ordinairement dans la région inférieure), par l'altération profonde des traits, des nausées ou des vomissements, fièvre intense. — A un second groupe se rapportent les phénomènes des hémorragies plus ou moins considérables : affaiblissement rapide, refroidissement surtout aux extrémités, pâleur mate de la peau et des muqueuses, ballances, syncope, etc., phénomènes qui sont parfois suivis de mort. Lorsque cette terminaison rapidement funeste n'a pas lieu, il peut ne résulter de l'hémorragie (alors graduelle) qu'une anémie croissante plus ou moins prolongée. — Enfin le troisième groupe de données se compose des phénomènes résultant d'une tumeur sanguine intra-pelvienne (hématocèle)

Les différents symptômes ou signes se combinent entre eux de différentes manières. Tantôt ils se groupent ou se succèdent avec une rapidité qui les constater simultanément; tantôt les signes de péritonite par perforation prédominent; tantôt ce sont les signes d'une hémorragie interne; d'autres fois la inflammation du péritoine et les flux hémorragiques sont tellement mêlés dans leur expression symptomatique, qu'il n'y a qu'une douleur relativement peu vive comme signe de péritonite, et une anémie lentement croissante; puis la tumeur sanguine, ou *hématocèle*, attire principalement l'attention du malade ou du médecin.

La constatation de cette tumeur intra-pelvienne constitue la particularité la plus importante du diagnostic. Elle succède ordinairement avec plus ou moins de rapidité aux accidents hémorragiques et inflammatoires du début, et persiste toujours pendant un temps plus ou moins long : quatre mois en moyenne (Moin). La résolution se fait rarement en six semaines; plus souvent elle dure six, quatre, six mois et plus. La rupture qui s'effectue par le rectum, le vagin, ou plus rarement dans le péritoine voisin, est moins fréquente que la résorption. Je reviendrai sur l'existence de la tumeur dans ce qui va suivre, où je m'occuperai aussi des nombreuses données complémentaires du diagnostic.

*Inductions diagnostiques.* — Des accidents subits de péritonite, accompagnés des signes généraux d'une hémorragie interne, et auxquels s'ajoute bientôt une hématocèle, constituent un ensemble probant pour le diagnostic des hémorragies intra-péritonéales. Mais les symptômes ne sont pas constamment complets; et à cet égard il y a une distinction première à établir, qui est la-ci : il y a ou il n'y a pas de tumeur sanguine ou d'hématocèle.

Si l'il n'y a pas de tumeur, ce qui arrive lorsque le sang est disséminé dans l'abdomen sans y être enkysté, il est presque impossible de formuler le diagnostic, à moins que les phénomènes subits de péritonite et d'hémorragie interne caractérisent les accidents ne soient parfaitement accusés, et qu'ils ne se trouvent dans des conditions d'*antécédents particuliers* qui seront rappelés plus loin; car la coïncidence de ces antécédents rend au moins très-probable l'épanchement sanguin intra-péritonéal. L'absence de tumeur tient à ce que l'on examine la malade à une époque trop voisine de l'invasion, avant que l'hématocèle ait eu le temps de se former, ou bien à ce que les phénomènes sont si immédiatement si graves que la mort en est rapidement la conséquence. Dans la dernière circonstance, on a pu croire à un empoisonnement, comme l'a montré Aug. Voisin qui, dans son intéressant ouvrage sur l'*hématocèle extra-utérine* (1860), n'a pas négligé l'étude des épanchements sanguins non enkystés.

La tumeur sanguine est formée lorsque l'épanchement sanguin est enkysté par

les produits plastiques que sécrète secondairement autour de lui le p. enflammé. Or, lorsque cette tumeur existe, le diagnostic acquiert immédiatement par cela même un degré de très-grande probabilité, sinon de ce L'hématocèle a, en effet, des caractères particuliers qui la font distinguer plus souvent des autres tumeurs intra-pelviennes, et elle se montre dans des conditions souvent spéciales qui, rapprochées des signes physiques, forment une somme de preuves réellement convaincantes.

La tumeur intra-pelvienne arrive souvent à son volume définitif dès quelques jours, ou n'y parvient, dans quelques cas rares, qu'au bout de quelques jours à un mois, ce qui tient à la lenteur de l'hémorrhagie ou à la succession de plusieurs hémorrhagies (Aug. Voisin, *ouv. cité*) ; elle s'accompagne de douleurs expulsives comparées à celles de l'accouchement. Cette tumeur se constate surtout par le toucher vaginal, remonte presque toujours au-dessus du pubis. Suivant Aran (*Leçons sur les mal. de l'utérus*, 1860), l'hématocèle abdominale est quelquefois soulevée par la tumeur, surtout dans l'examen. À la palpation, on constate que la tumeur, à limites supérieures indéfinies, remonte plus ou moins haut vers l'ombilic, en s'étendant plus ou moins librement à droite ou à gauche, et s'avancant plus ou moins dans les iliaques ; à la surface de cette tumeur se dessine quelquefois sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis, une autre tumeur arrondie par l'utérus refoulé par l'hématocèle. Sa consistance est très-variable. A. Voisin, elle est plus molle et plus rénitente vers le début, tandis qu'elle forme des bosselures, des reliefs, des noyaux durs, arrondis, à mesure qu'elle s'éloigne de l'invasion. Une fois, on a constaté la crépitation des caillots (Pujch, *Thèse*, Montp., 1858). Cette tumeur est immobile ou présente une certaine mobilité. On constate au toucher vaginal qu'elle occupe la partie postérieure à l'utérus, refoulant en avant et en haut le col de ce dernier contre la symphyse pubienne, et le rectum en arrière, distendant le rectum occupant toute la largeur du canal pelvien, ou se portant plus d'un côté que de l'autre. La palpation abdominale et le toucher vaginal combinés permettent d'affirmer que la tumeur sus-pubienne est la même que la tumeur vaginale. Le spéculum montre quelquefois que la muqueuse vaginale est violacée ; mais c'est une particularité reconnue sans valeur. Le toucher rectal démontre la compression du rectum, d'où résulte sans doute la constipation observée. La compression de la vessie, des nerfs et des veines du bassin par la tumeur, aussi le ténisme vésical, les douleurs, les engourdissements et l'œdème des membres inférieurs, que A. Voisin a notés.

L'hématocèle peut être confondue avec des tumeurs de différente nature, mais il est clair qu'on ne doit admettre la possibilité de cette confusion que lorsque les tumeurs rétro-utérines refoulant le col de la matrice en avant et en haut le pubis.

Ces tumeurs, malgré cette restriction, sont encore assez nombreuses. On excepte les *phlegmons rétro-utérins*, qui ne sont, comme l'ont dit Bernutz et Goupil (*Arch. de méd.*, 1857, t. IX), que des péritonites du sac utéro-rectal, il n'est pas une seule tumeur qui n'ait un début et une marche tout différents de ceux de l'hématocèle. Celle-ci a une invasion ordinairement subite, aiguë, et elle se développe plus ou moins rapidement après la maladie a présentée les caractères d'une péritonite hémorrhagique ; tandis que la marche lente, insensible et essentiellement chronique d'un certain nombre de tumeurs est trop différente pour ne pas faire éviter la confusion. Tels sont les *kystes de l'ovaire* tombant dans l'espace rétro-utérin (P. Dubois) ; les

iques développés dans le même espace (Charcot); les *tumeurs fibreuses* (Engelhardt, *Thèse*, Strasb., 1856); la *rétenion des matières fécales* (Hé); la *rétroversion* ou la *rétroflexion* de l'utérus. Une tumeur due à une *ossesse extra-utérine* pourrait peut-être laisser plus facilement dans le doute, mais l'étude des antécédents, ici encore, pourra faire éviter l'erreur.

L'étude des antécédents et la filiation des premiers phénomènes de l'hémorragie, non-seulement peuvent servir à diagnostiquer l'hématocèle et à la distinguer des autres tumeurs intra-pelviennes, mais encore à en déterminer la date pendant la vie. C'est ce que Bernutz et Goupil ont fait remarquer, en insistant sur la valeur des anamnétiques en pareille circonstance. Malheureusement cette question d'origine est des plus controversées, en raison des théories diverses que l'on a voulu déduire des faits. Néanmoins, si l'on tient compte de ce que l'on a pu constater, on peut admettre que l'on a une signification précise en dehors de toute théorie, on peut admettre avec Bernutz, que les hémorrhagies intra-péritonéales ont lieu par la rupture de vaisseaux ou d'organes, par *rétenion des règles*, par *fluxus par rupture des organes génitaux*, en ajoutant provisoirement à ces trois divisions les hémorrhagies *par exhalation* (?). Bernutz, qui n'a tenu compte que des hémorrhagies ayant leur origine dans le système utérin, a nécessairement négligé un certain nombre de causes que je ferai rentrer dans le cadre qui précède, en exposant les particularités qui peuvent plus ou moins bien servir à distinguer ces divers genres d'hémorrhagies intra-péritonéales.

*Hém. par ruptures.* — Les anévrysmes intra-abdominaux, les varices utéro-tubaires, l'ovaire ou la trompe altérés, un kyste de grossesse extra-utérine, sont les lésions ou les organes dont la rupture produit des hémorrhagies intra-péritonéales. Ces hémorrhagies sont fréquemment assez rapides et abondantes pour amener rapidement la mort. En dehors de la terminaison funeste, on observe les symptômes des hémorrhagies internes, signe distinctif commun à toutes les hémorrhagies par ruptures. Quant à la détermination de l'espèce de hémorrhagie survenue, tantôt il arrive qu'outre les symptômes d'hémorrhagie interne, avec ou sans hématocèle, rien ne peut faire soupçonner la rupture, tantôt au contraire qu'il existe des particularités qui mettent sur la voie de son diagnostic.

Voisin a signalé la coexistence de varices des membres inférieurs ou du tronc avec des hémorrhoides, avec un flux cataménial abondant, comme constituant la présomption en faveur d'une hématocèle par rupture de *varicosités des tubes avariennes*, qui se produit aussi bien dans l'état de vacuité que dans l'état de grossesse. Suivant Bernutz, on pourrait soupçonner la rupture d'une espèce de rupture a eu lieu si la femme a eu des grossesses antérieures nombreuses, si le début des accidents a eu lieu brusquement à la suite de fatigues et d'efforts, en dehors d'une époque menstruelle, et s'il existe aux membres inférieurs et à la vulve des varices datant des grossesses antérieures, une menstruation plus abondante et pesanteurs pelviennes coïncidant avec des douleurs tendues dans les tumeurs variqueuses extérieures. Il y aurait certitude de rupture variqueuse, si, avec les signes précédents, on avait constaté par le toucher, avant la production de l'hématocèle, une tumeur pâteuse, élastique (décrite par Richet), occupant les parties latérales de l'utérus au moment des douleurs tendues dont les varices deviennent le siège après des fatigues ou vers le début de la menstruelle.

La rupture de l'ovaire ou de la trompe anatomiquement lésés (condition généralement admise comme indispensable) ne sauraient être précisées pendant la vie. On peut bien soupçonner qu'il y a une rupture, mais sans aller



plus loin, l'hémorrhagie pouvant provenir aussi bien d'une rupture de veines variqueuses tubo-ovariques que d'une rupture de la trompe ou de l'ovaire.

Il y a cependant une exception à faire pour les ruptures dues à des grossesses extra-utérines, et donnant lieu à la production des hématoécèles. Aran a rapporté un exemple en 1853 (*Soc. de chirurgie*). Goupil a démontré par des faits que l'hématoécèle, en pareil cas, non-seulement peut dépendre de la rupture d'un *kyste fœtal* tubo-ovarien (Bernutz et Goupil, *ouv. cité*), mais encore de la rupture de varicosités ovariennes éloignées du kyste fœtal. Un plus, Goupil a établi qu'il était impossible, dans un certain nombre de faits de remonter à la cause de ces hématoécèles en constatant l'existence d'une gestation anormale (*Voy. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE*, p. 472).

Cette cause d'hématoécèle serait plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Cependant on ne saurait admettre, avec Viguès et Gallard, que l'hématoécèle est toujours une grossesse extra-utérine, moins le produit de la conception, ou avec ce produit lui-même. Il est évident que cette théorie, comme toutes les autres, n'est déduite que d'une catégorie limitée de faits. Suivant la juste remarque de Bernutz, et par conséquent qu'elle ne saurait être adoptée, les faits étant trop variés dans leur origine pour servir de base à une théorie générale de la genèse des hématoécèles.

b. — *Hém. par rétention des règles.* — Cette cause d'hémorrhagies intra-péritonéales, soutenue et bien démontrée (à mon avis) par Bernutz (*ouv. cité*), est toujours précédée des signes de la rétention des règles, que je ne rappellerai pas ici (*Voy. RÉTENTIONS*), et qui sont des antécédents de nature à reconnaître la cause de l'hémorrhagie. Avant la production de l'hémorrhagie, on éviterait de prendre la tumeur hypogastrique *régulière et ordinairement centrale*, résultant de la rétention du sang des règles dans l'utérus distendu, pour une hématoécèle intra-péritonéale, dont la tumeur est *irrégulière et principalement latérale*.

Bernutz a signalé un autre fait très-important : c'est la production de l'hématoécèle après une opération tardive ayant eu pour résultat l'incision des obstacles qui produisaient la rétention. Il explique cette hémorrhagie par les contractions utérines provoquées par l'évacuation artificielle, et qui chasseraient le sang dans le péritoine aussi bien qu'au dehors. Mais, quelle que soit l'explication, le fait me semble démontré par les observations que rapporte Bernutz (*ouv. cité*), et dans lesquelles on voit avec surprise le grand nombre des lézions fatales par hémorrhagie intra-péritonéale qui ont été la conséquence de l'incision tardive de l'hymen imperforé, alors que la distension utérine était déjà considérable.

c. — Dans les hémorrhagies par congestion ou *fluxus pathologique* des organes génitaux, il y a un phénomène antérieur et actuel caractéristique : ce sont des *métrorrhagies*, dans le cours desquelles se produisent ordinairement les accidents d'hémorrhagie intra-péritonéale. C'est surtout dans les faits de cette espèce que l'on a constaté plus spécialement les hématoécèles en tant qu'ils résultent de tumeurs sanguines du cul-de-sac rétro-utérin. On doit remarquer que l'hématoécèle se produit alors, quelle que soit la nature de la *métrorrhagie* primitive (Bernutz), que cette *métrorrhagie* soit due à une grossesse normale concomitante (Nonat), à une grossesse extra-utérine (Goupil), consécutive avortement (Barlow), à un accouchement à terme (West), ou symptôme d'une affection générale : d'une fièvre éruptive (Scanzoni), de chlorose ou d'anémie (Tarnier).

Je dois

que si beaucoup d'observateurs considèrent comme pathologique

Les métrorrhagies qui se compliquent d'hématocèles, d'autres pensent que le pont menstruel normal suffit pour provoquer cette dernière complication, si l'ovule se détache de l'ovaire sans qu'il y ait adaptation suffisante du fond de la trompe sur cet organe (Nélaton, 1851; Laugier, 1855). Mais on a été à cette manière de voir que la quantité de sang fourni par l'ovaire est insignifiante, et qu'il faut une lésion de cet organe pour expliquer une hémorragie abondante.

— *Hém. par simple exhalation.* — Cette origine des hémorrhagies intra-péritonéales est encore douteuse, en dehors des cas de violences extérieures. Elle a été plutôt soupçonnée que démontrée dans deux faits d'hémorragie péritonéale rapidement mortelle, survenue à la suite d'*excès de coït* (rien). On crut, dans ces deux cas, à un empoisonnement. Il ne faudrait pas se hâter d'ailleurs de croire à une hémorragie par exhalation, lorsqu'elle est produite à la suite d'*excès de coït*, car Siredey (*Thèse*, 1860) a rapporté un cas rapidement mortel dans lequel l'épanchement de sang non enkysté était dû à la rupture de la trompe déjà altérée.

La distinction la plus importante des formes de l'hémorragie intra-péritonéale est celle de ces hémorrhagies en *enkystées* et en *non enkystées*. On peut aussi leur appliquer la division que Becquerel a admise pour les hémorrhagies, et qui comprend les formes foudroyante, subaiguë et lente (*Traité clin. de mal. de l'utérus*, 1859). A. Voisin admet une forme simple dans laquelle le sang se résorbe sur place, et une forme compliquée souvent suppurante, dans laquelle le pus et le sang se frayent ordinairement un passage en dehors de la cavité. Il est évident que l'on pourrait multiplier beaucoup ces divisions, basées sur les particularités de l'hémorragie.

Le degré de la lésion hémorrhagique, qui dépend de la quantité de sang épanché, influe nécessairement beaucoup sur la facilité du diagnostic, en produisant une hématocèle plus ou moins considérable. Quant aux complications, elles sont multiples. Ce sont : la *péritonite*, si fréquente qu'elle doit être considérée comme faisant partie du cortège habituel des phénomènes hémorrhagiques, et expliquant certains *phlegmons* consécutifs; l'*anémie* rapide ou lente; enfin les *ruptures* secondaires de l'hématocèle, soit dans le péritoine (où elles sont rapidement mortelles), soit dans un conduit naturel, le vagin ou le rectum.

*Pronostic.* — La gravité des hémorrhagies intra-péritonéales ressort de leur diagnostic que je viens d'en faire. Il en résulte que l'abondance de l'hémorragie, que l'altération plus ou moins marquée du sang épanché, que la nature de la lésion originelle, et enfin que certaines complications, peuvent provoquer une issue funeste. Il en est de même de la ponction intestinale des hématocèles, dont la résolution spontanée a été trop fréquemment observée pour que l'on doive s'abstenir de toute ponction exploratrice ou autre. Pendant les ruptures spontanées par le vagin ou le rectum sont suivies de hémorrhagies, à moins que des gaz ne s'introduisent dans le kyste par l'ouverture intestinale.

#### 7. HÉMORRHAGIES EXTRA-PÉRITONÉALES.

Des épanchements sanguins plus ou moins considérables au niveau de la cavité ont été depuis longtemps signalés sous le nom de *thrombus*, pendant la grossesse ou l'accouchement (Deneux, Hervez de Chégoin), et même en dehors de l'état puerpéral, comme conséquences de violences extérieures ou d'*excès de coït* (Velpeau). Il s'agit ici d'épanchements de sang plus profonds dus aux mêmes causes, et parmi lesquels on avait à tort compris certaines hématocèles intra-utérines, ces hématocèles étant toutes intra-péritonéales.



Par leur petit volume et leur situation particulière, les épanchements dont il s'agit sont tout à fait distincts des hématoécèles (Aran, *ouv. cit.*). Ils ne consistent qu'en des lésions anatomiques insaisissables pendant la vie, tantôt ils forment sur les côtés du vagin, dans le ligament large ou le culinaire du petit bassin, des tumeurs sous-muqueuses peu volumineuses sont infiniment plus rares que le thrombus de la vulve. On a bien vu quelquefois la tumeur sanguine occuper la paroi vaginale postérieure, mais le volume et les conditions dans lesquelles elle se produit, suffiraient pour distinguer de la véritable hématoécèle.

Une variété rare d'hémorrhagie extra-péritonéale est celle qui se fait quelquefois à l'intérieur même des kystes fistuleux extra-utérins (Goupil). On pourrait soupçonner cette hémorrhagie que si, la grossesse extra-utérine d'abord reconnue, on constatait un développement rapide de la tumeur au même temps que les signes d'une hémorrhagie interne.

**HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.** — Voy. HÉMORRHAGIES, p. 4.

**HÉMORRHOÏDES.** — 1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Les principaux éléments du diagnostic des hémorrhoïdes pour lesquelles le médecin est habituellement consulté sont de trois sortes; ce sont :

La *congestion hémorrhoïdale* qui précède et le plus souvent accompagne les tumeurs variqueuses qui constituent les hémorrhoïdes;

Les tumeurs elles-mêmes;

Les flux ordinairement sanguins qui les accompagnent.

Je rappelle simplement ces particularités, parce qu'elles sont habituellement le point de départ des inductions du praticien.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques.* — Je ne puis mieux faire que d'abord successivement les trois particularités hémorrhoïdales que je rappelle : congestions, tumeurs, flux.

a. — Lorsqu'un malade se plaint momentanément de gêne, de pressions parfois de douleurs plus ou moins vives vers le rectum, en même temps pourtour de l'anus devient résistant, que les envies d'aller à la garde-froid sont fréquentes, et que la défécation est très-douloureuse, on ne peut à ces symptômes seuls que soupçonner une *congestion hémorrhoïdale*. Si, en effet, ils persistent pour la première fois, ils peuvent tenir à un commencement d'*inflammation locale*, ou bien à une *néuralgie*; car, chez certains sujets, les hémorrhoïdes produisent une douleur vive et lancinante. Cependant, en pareil cas, l'écoulement ne saurait être de longue durée, attendu que la présence du sang dans la poche de garde-froid vient ordinairement lever tous les doutes, et que, dans les cas plus ordinaires, on constate qu'il y a eu des antécédents semblables, existe des tumeurs hémorrhoïdales.

b. — Lorsque ces tumeurs sont extérieures, elles sont ordinairement senties par le malade lui-même, et reconnaissables à la seule inspection limitée, tantôt entourant complètement l'anus en bourrelet irrégulier saillant, d'un volume variable, comme celui d'un pois et au plus d'une noix; d'une consistance qui varie également depuis une flaccidité (hémorrhoïdes *flétries*) jusqu'à une dureté prononcée qui s'explique par la tension congestive récente; leur coloration est ordinairement bleuâtre ou rouge violacé. Dans le cas de congestion, il suffit d'une petite tumeur pour occasionner au malade une douleur locale vive qui augmente par la pression même au simple contact, et qui rend insupportable la position assise.

Par le toucher rectal, on reconnaît les tumeurs hémorrhoïdales aux masses irrégulières et molles (à moins de tension congestive) qu'elles forment

rie du rectum voisine de l'orifice anal. Le *speculum ani*, dont on fait peu dans la pratique, permettrait de les voir.

l'existence des antécédents hémorroïdaux (congestions et hémorrhagies) ne doit pas de confondre les tumeurs hémorroïdales flétries avec des *issances de l'anus*. Il en sera de même avec le *cancer rectal*, qui s'étend ailleurs plus profondément et qui a une dureté squirreuse. Lorsque les tumeurs hémorroïdales sont congestionnées, tendues, et même enflammées, on peut les prendre pour un *phlegmon de la marge de l'anus*, qui offre un gonflement douloureux, rénitent, profond, en dehors de la marge de l'anus. Les tumeurs du rectum ne pourraient être confondues avec les tumeurs hémorroïdales, puisqu'ils sont plus fermes que ces dernières, et qu'ils ne présentent pas d'alternatives d'intumescence et de flétrissure des tumeurs hémorroï-

- Les *flux sanguins* dus aux hémorroïdes sont le plus souvent d'une intensité médiocre, mais parfois assez considérables pour faire craindre pour le malade. Le sang ordinairement noirâtre d'abord, puis rouge plus ou moins foncé, s'écoule en bavant; mais au moment de la défécation, il peut s'échapper par jet. On pourrait croire à une hémorrhagie d'une partie plus élevée du rectum (Voy. HÉMORRHAGIES par l'anus).

Les flux sanguins, les hémorroïdes peuvent donner lieu à un *suintement purulent* ou *muco-purulent*; mais c'est un fait rare. Les autres signes anciens ou actuels des hémorroïdes ne permettent pas d'attribuer cet écoulement à une autre affection, à une ulcération rectale, par exemple.

La révolution des phénomènes antérieurs, comme on l'a vu dans ce qui précède, la constatation des causes des hémorroïdes vient au besoin, dans les cas douteux, aider au diagnostic. Les causes les plus manifestes sont : une *constipation habituelle*, la *congestion menstruelle*, une *grossesse* ou une *obésité*, la *pression des troncs veineux* du rectum ou de la veine porte (Bouillaud). L'influence des *climats chauds* prédispose aux hémorroïdes, suivant O. Saint-Yves (Mém. des régions intertrop., 1868); leur développement y serait favorisé par les professions sédentaires et la constipation. Trousseau considérait les hémorroïdes comme la conséquence de la diathèse arthritique des goutteux, en l'absence d'autres manifestations (Clin. méd., 2<sup>e</sup> édit., t. III).

Il faut encore tenir compte des formes de la maladie. Les hémorroïdes, en effet, peuvent être *sèches* ou *fluentes*, *internes* ou *externes*. On a appelé *régulières* celles qui surviennent chez l'homme à des intervalles égaux, et *irrégulières* celles qui sont dans une condition contraire. Mais la régularité, tout à fait exceptionnelle, est loin d'avoir l'importance que lui attribuaient les anciens. Il en est de même des hémorroïdes dites par eux *constitutionnelles*, et de celles qu'ils appelaient *critiques*, car leur légitimité ne nous est pas encore parfaitement démontrée.

De nombreuses complications peuvent survenir dans le cours de cette affection : pendant les attaques congestives, soit en dehors de ces attaques. L'inflammation des tumeurs est parfois violente; la douleur est alors vive, insupportable et peut s'étendre au périnée, à la vessie; les parties enflammées sont tendues, chaudes, et il survient quelquefois des *abcès*. On a encore vu comme complications : la *phlébite*, la *chute du rectum*, dont la muqueuse est entraînée au dehors par les efforts de défécation; la *gangrène* des tumeurs, si, expulsées au dehors, elles sont étranglées et irréductibles; les *ulcérations*; la *constipation*, qui devient secondairement un symptôme considérable des tumeurs, après en avoir été souvent la cause

principale ; et enfin l'*anémie*, qui est la conséquence des pertes de sang abondantes.

**3° Pronostic.** — Le pronostic est presque toujours sans gravité, surtout dans les cas les plus récents et dans ceux où une cause accidentelle, telle que la conception menstruelle, la grossesse, une constipation peu rebelle, vient à cesser. Cependant il faut apporter quelquefois une certaine réserve dans l'appréciation des suites de la maladie, car la trop grande abondance de l'hémorrhagie, qu'on ne peut prévoir, est une circonstance fâcheuse et qui a pu parfois entraîner la mort. On en est de même, dans des cas exceptionnels, de la gangrène profonde et de la phlébite suppurative.

Quant à la suppression des hémorroïdes, à laquelle nos devanciers ont attribué les accidents pathologiques les plus divers, il y a eu de leur part un point une exagération que les recherches modernes tendent à atténuer. C'est un sujet qui demanderait encore de sérieuses investigations.

**HÉPATALGIE.** — Voy. VISCÉRALGIES.

**HÉPATITE.** — Cette affection, endémique dans les pays chauds, se développe rarement dans nos contrées. Dans son étude de l'hépatite, Frérichs (*Des maladies du foie*, trad. par Duménil et Pellagot, 2<sup>e</sup> édit., 1866) relate dans son second plan l'hépatite vraie (franche) ou suppurative, en comprenant dans sa première division l'inflammation parenchymateuse diffuse, qui répond à l'*ictère grave*. Nous suivrons un ordre inverse en traitant en premier de l'hépatite franche, aiguë ou chronique, et en lui rattachant, s'il y a lieu, les formes adoptées par Frérichs. Cependant il ne sera ici question que de l'*ictère grave*, qu'il comprend dans l'hépatite aiguë, ni de la *cirrhose*, qui englobe dans l'hépatite chronique, des articles séparés ayant été consacrés à ces deux maladies (Voy. CIRRHOSE, ICTÈRE grave).

### I. Hépatite aiguë.

**1° Éléments du diagnostic.** — On a signalé comme symptômes de l'hépatite franche aiguë : un *ictère* plus ou moins intense ; une *douleur* spontanée à la pression, au niveau de l'hypochondre droit, sourde, profonde, parfois lancinante, et pouvant s'étendre aussi à l'épigastre, au côté droit de la poitrine et jusque vers le cou et l'épaule droite ; une *augmentation de volume* du foie, avec résistance et tension de l'hypochondre à la pression ; vers les organes digestifs : *anorexie*, bouche pâteuse, soif vive, langue avec enduit au bout et pointillé vif à son pourtour, parfois sèche ; quelquefois vomissements, selles normales, ou diarrhée, ou constipation, et dans ce dernier cas des selles décolorées ; rarement il y a des troubles respiratoires, et une impossibilité de décubitus sur le côté gauche ; urines foncées en couleur. — En même temps, on observe des phénomènes généraux plus ou moins prononcés : pouls fréquent, parfois jusqu'à 140 pulsations, rarement irrégulier ; céphalalgie, agitation, et, vers la fin de la maladie, pouls petit et misérable, somnolence, délire, affaissement, adynamie. Enfin il faut ajouter à ces symptômes ceux des abcès qui peuvent se former dans le foie et ceux de leur rupture dans différents organes.

**2° Inductions diagnostiques.** — Le diagnostic de l'hépatite est en fait d'obscurité en raison du peu de constance des symptômes considérés isolément, de l'absence de tout signe pathognomonique, et en raison des complications qui peuvent survenir dans son cours. En tenant compte des travaux récents sur des faits bien concluants d'hépatite et non sur des observations mal interprétées, la difficulté de la question apparaît dans sa réalité pratique, soit pour le diagnostic de l'hépatite aiguë, soit pour celui de l'hépatite chronique.

Parmi les symptômes de l'hépatite, en effet, il n'en est pas un seul qui

faire défaut. De plus, aucun d'eux ne saurait être considéré comme à la maladie. Cependant Louis a parfaitement établi que la réunion d'un nombre de symptômes avait une valeur significative. On a, selon lui, **les raisons d'admettre l'existence de l'hépatite**, si l'on constate l'ictère, la douleur de l'hypochondre, en dehors de toute autre affection aiguë; les doutes sont levés s'il y a eu une invasion fébrile, si les frissons se renouvelent, si la fièvre persiste dans le cours de la maladie, si le foie volumineux, ou s'il y a seulement tension notable de l'hypochondre *ires*, p. 402). Dans les faits où un abcès du foie se fait jour au dehors à les parois abdominales, par les intestins, ou par les bronches, l'hépatite se pour ainsi dire d'elle-même si elle a été jusque-là méconnue. Le soulagement vers la région hépatique par suite de l'expulsion du pus est **istique**, surtout si le pus est mélangé à de la bile ou à des éléments du hépatique visibles au microscope. On ne pourrait confondre ces abcès avec ceux des voies biliaires; mais dans le cas de cholécystite suppurée, **inairement des calculs mélangés au pus qui s'écoule par l'intestin ou abcès de l'hypochondre**, et il a existé comme antécédents des coliques **ues**. Certains abcès du foie pourraient être confondus avec un **ané-**  
*de l'aorte abdominale*. W. Moore a vu un de ces abcès formant une grosse comme un œuf de poule occupant l'épigastre, présentant des **ms au palper**, et un bruit de souffle à l'auscultation, le malade étant; l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un abcès hépatique (*Med. Press*, 11 ne faut donc pas oublier qu'un abcès du foie peut former une tumeur e profonde.

diverses considérations ne facilitent malheureusement le diagnostic que le nombre limité de faits. Il en reste toujours un très-grand nombre dans les difficultés sont grandes, surtout au début de la maladie.

que l'hépatite aiguë est déclarée, la *marque* antérieure des phénomènes ne quelquefois à éclairer la question. C'est ce qui a lieu s'il est survenu des frissons plus ou moins intenses, suivis de chaleur, se répétant le soir, même temps, ou très-peu de temps après, la douleur de l'hypochondre et, comme l'a signalé Louis. — Parmi les antécédents *étiologiques* qui aussi élucider le diagnostic se placent en première ligne l'habitation d'un *très-chaud*, une *blessure* ou la *contusion* du foie, l'*entérite* chez les (Legendre), et principalement la *dysenterie* qui, ainsi que l'hépatite, se dans les pays où la chaleur est très-développée, l'humidité excessive, et **mes** incessamment renouvelés. Suivant Dutroulau, l'hépatite qui sur-  
**uns** ces conditions est toujours précédée ou accompagnée de dysenterie (*Acad. de méd.*, t. XX, et *Traité des malad. des pays chauds*, 1861). **herait** de là que des symptômes d'hépatite même douteux en toute autre **tance**, acquerront une signification positive s'ils surviennent dans le cours **ysenterie**, comme l'ont démontré en Algérie Haspel, Catteloup, Cambay **mir Broussais**. On explique la production de l'hépatite en pareil cas par **port** des matières septiques de l'intestin au foie par les veines qui **sent à la veine porte**. Dans nos contrées, l'hépatite aiguë est quelquefois **tre dans le cours des maladies chroniques intestinales et pulmonaires**, Louis); mais c'est là plutôt un embarras qu'un secours pour le dia-  
Dans le cours de l'arthrite (sans doute rhumatismale), Graves a vu **s fois** survenir l'hépatite avec ictère, puis une éruption d'urticaire *méd.*, trad. Jaccoud, 1862).

**mçoit**, d'après ce qui précède, que l'hépatite aiguë puisse être aisé-

ment confondue avec plusieurs maladies qui ont avec elle des signes communs.

La *congestion du foie* donne souvent lieu à des douleurs vives, soit spontanées, soit à la pression, et en même temps à un développement de l'organe sans déformation, qui ont certainement été maintes fois rapportées à l'hépatite aiguë. Il suffit d'être prévenu pour éviter l'erreur; car l'affection d'où résulte l'obstacle au cours du sang et par suite la congestion du foie, est ordinairement facile à constater; et dès lors on sait comment on doit juger les symptômes dont le foie est le siège. Ce sont habituellement, on le sait, les affections du cœur, et plus rarement l'asphyxie incomplète que l'on rencontre en pareil cas.

La *pneumonie droite* franche présente des phénomènes locaux tout spéciaux si on la compare à l'hépatite. Mais s'il s'agit d'une pneumonie sans ictère, fièvre intense, sans crachats caractéristiques ni signes stéthoscopiques bien accusés, et avec douleur vers le rebord des côtes, comme on en voit fréquemment chez les vieillards, ce n'est pas d'après la comparaison des symptômes que l'on pourra se prononcer pour une pneumonie, mais seulement d'après la considération de la rareté extrême de l'hépatite aiguë dans la vieillesse, et au contraire de la fréquence de la pneumonie dans la jeunesse.

La *pleurésie aiguë* ne saurait être confondue avec l'hépatite. Cependant il faut faire une exception pour la *pleurésie diaphragmatique* qui s'accompagne d'ictère, et qui pourrait facilement faire croire à une inflammation du foie. Elle ne se distingue guère que par l'intensité de la dyspnée, lorsque la caractéristique de ce genre de pleurésie fait défaut (*Voy. PLEURÉSIE*).

Une autre affection avec laquelle il est facile de confondre l'hépatite, c'est l'*ictère grave*, dans lequel l'intensité des symptômes généraux, jointe à la coloration ictérique des téguments, pourrait en imposer. Cependant l'absence de douleur au niveau du foie et l'absence de tout développement de cet organe, qui est plutôt atrophié en pareil cas, suffisent le plus souvent pour établir la démarcation entre les deux maladies.

L'*inflammation aiguë des voies biliaires* ou plutôt de la vésicule (CHOLÉCYSTITE) est ordinairement précédée de coliques hépatiques, et débute par une douleur très-vive dans l'hypochondre, douleur suivie d'ictère, de fièvre, et enfin d'abcès de la vésicule. Cette succession de phénomènes ne permet pas de croire à une hépatite.

Parmi les nombreuses affections susceptibles d'être encore confondues (et moins facilement) avec l'hépatite, on a signalé la gastrite, la néphrite, le cancer, et les hydatides du foie, la fièvre intermittente, et enfin une douleur musculaire que ou musculaire siégeant à l'hypochondre. Mais il est évident qu'en pareil cas, on ne pourrait croire à l'hépatite qu'en se contentant d'un nombre limité de symptômes. — Ainsi dans la *gastrite* il y a une douleur au niveau du foie et des vomissements, mais ceux-ci sont incessants, et il y a défaut de fièvre dans l'hypochondre. — Dans la *néphrite intense* du côté droit, la douleur et la fièvre pourraient en imposer pour une hépatite, si l'état des autres symptômes de la néphrite n'en éloignaient pas l'idée. — Le cancer du foie a un signe distinctif non équivoque qui le différencie de l'hépatite aiguë, c'est la déformation du foie, augmenté de volume et en même temps inégal et bosselé. Ce n'est que dans des cas très-exceptionnels que le cancer n'augmente pas de volume quand il est cancéreux. — Les *hydatides* du foie ont une affection chronique qu'on ne saurait comparer à une hépatite, mais il ne faut pas oublier que les hydatides peuvent, par suite d'une inflammation de la poche qui les contient, donner lieu aux signes d'une hépatite aiguë.

la pression ou la respiration, en serait le principal ou même le — Sous le nom d'*inflammation parenchymateuse diffuse aiguë*, décrit l'*atrophie aiguë ou jaune du foie* et l'*ictère grave*, parce qu'il considère comme dus à une lésion d'abord exsudative du foie (Voy. VI). Mais les opinions émises sur leur nature sont trop variées pour que de l'une ou de l'autre se dégage suffisamment de l'ensemble.

Quant à l'hépatite aiguë diagnostiquée, son siège anatomique peut-il varier? On a bien voulu assigner des groupes de symptômes particuliers à la face concave ou convexe du foie; mais en établissant ces distinctions, on s'est plutôt laissé guider par des vues théoriques que par des faits, ainsi que l'a fait remarquer Valleix.

Plus haut que la rupture des abcès du foie dans les voies naturelles, on a quelquefois la nature de la maladie. Doit-on considérer ces ruptures comme des complications? Quoi qu'il en soit, on n'oubliera pas que la collection peut s'ouvrir dans une cavité close (le péritoine, la plèvre, et le cœur), et causer rapidement la mort.

**Prognostic.** — L'hépatite aiguë est très-grave; cependant son pronostic n'est pas toujours fatal. C'est surtout lorsque l'hépatite survient dans le cours d'une autre maladie, et quand l'inflammation se termine par suppuration, que l'on a à craindre, à moins que le pus ne soit évacué spontanément ou par l'opération chirurgicale, circonstance dans laquelle la guérison a été assez souvent observée.

#### **Hépatite chronique.**

Le diagnostic de l'hépatite chronique est à faire, surtout au point de vue du diagnostic différentiel. On ne peut considérer comme suffisantes pour la pratique les descriptions souvent imaginaires qui en ont été faites par certains auteurs, et d'un autre côté, lorsque l'on veut consulter les observations, on constate sur ce point une incertitude extrême.



Lorsque l'augmentation de volume du foie, l'ictère et la douleur se trent à la fois dans une affection de longue durée, on ne peut guère que l'existence de l'hépatite chronique. Mais il est rare que ces signes réunis. Aussi a-t-on confondu souvent avec l'hépatite chronique la *hypertrophie* du foie, la *congestion sanguine*, auxquelles on peut ajouter l'*abaissement*, le *cancer*, les *hydatides* de cet organe, sans qu'il soit de rappeler, comme caractères différentiels, autre chose que des hautes particularités parfaitement connues de ces différentes affections.

Au lieu de l'augmentation du volume du foie, il peut y avoir atrophie de l'organe par suite de son inflammation chronique, suivant Frerichs, considère la cirrhose comme une manifestation anatomique de l'hépatite chronique. L'*induration simple* serait une autre forme de cette hépatite qu'il est impossible de distinguer de la cirrhose (*Malad. du foie*, p. 352). Enfin Frerichs considère aussi la syphilis du foie comme une inflammation chronique de l'organe.

Le pronostic de l'hépatite chronique franche est très-grave, comme toute affection chronique du foie. La guérison n'est guère possible que dans le cas de rupture d'abcès signalés à propos de la forme aiguë de l'hépatite.

**HERÉDITÉ.** — L'hérédité est un élément de diagnostic important qu'elle est bien constatée, car elle peut mettre sur la voie du diagnostic donner plus de précision aux inductions que l'on tire des faits observés. En général, on accepte trop légèrement dans les livres et par conséquent dans la pratique, l'hérédité comme chose démontrée, dans bien des circonstances peut n'y avoir qu'une identité d'influences extérieures amenant des effets semblables, ou une simple coïncidence de la même maladie chez les membres d'une même famille. Une statistique bien faite pourrait seule résoudre ce problème complexe, et deux pages de ses résultats vaudraient plus que des volumes entiers écrits après une observation superficielle.

Quoi qu'il en soit, je dois faire remarquer que la recherche de l'hérédité par l'interrogatoire demande quelques précautions. Elle est faite sans les ménagements par certains médecins, qui ne craignent pas, lorsqu'il s'agit d'une affection grave des ascendants, de faire soupçonner au malade qu'il en est lui-même atteint. Cette manière d'agir est regrettable. C'est seulement lorsque la maladie est légère que l'on peut sans indiscretion interroger ouvertement l'existence de cette même maladie parmi les membres de la famille. Dans le cas où il s'agit d'une affection qui menace l'existence et dont la gravité est évidente, on doit chercher à s'éclairer sur l'hérédité par des questions directes et sans prononcer le nom de la maladie.

Je ne discuterai pas la légitimité des très-nombreuses maladies qui sont considérées comme héréditaires. Celles pour lesquelles l'hérédité (sans être absolue heureusement) est le mieux démontrée sont : la tuberculisation, les scrofules, la goutte, le rhumatisme, la syphilis (formée ou non), l'hémophilie, les affections organiques du cœur, l'emphysème pulmonaire, l'hémorrhagie cérébrale, l'aliénation mentale, l'état nerveux, le tremblement idiopathique, certaines affections cutanées.

**HERNIES.** — Quoique l'étude des hernies soit principalement de compétence des chirurgiens, le médecin ne doit pas perdre de vue que les symptômes qu'elles provoquent peuvent simuler des maladies internes, et que, par conséquent, les phénomènes attribués à une maladie interne dépendent quelquefois d'une hernie méconnue. On a vu un étranglement herniaire simuler une tumeur abdominale. Lorsque il existe des vomissements dont la cause est obscure, il faut

ussent pu passer inaperçues, et qui produisaient, chez un malade, avec *propension au suicide*, et chez l'autre (un petit garçon) une *gastrique* augmentant après les efforts, l'exercice et les jeux. Ces disparurent dès que les hernies furent maintenues réduites à l'aide d'un bandage approprié. J'ai actuellement sous les yeux à l'hôpital Lariboisière affecté d'une maladie du cœur et qui présente une hernie à gauche blanche, de la grosseur du poing. Au premier abord, cette épiplocèle se pour un lipome, mais la masse est réductible, et après sa réduction un orifice sous-cutané pouvant admettre l'extrémité du doigt indi-

**S. — 1° Éléments du diagnostic.** — Cette affection, considérée comme générale, est caractérisée d'abord par une éruption de *vésicules* groupées sur une base enflammée et rouge, d'un diamètre d'un à plusieurs millimètres, puis par des *ulcérations* superficielles et par des *croûtes* jaunâtres ou noirâtres, ou par des *squames*, ou simplement par une *desquamation épidermique*. La chute des croûtes est suivie de *macules* d'un rouge disparaissant elles-mêmes bientôt. L'affection est rapide et ne se prolonge au-delà d'une, de deux ou de trois semaines au plus. En ayant généralité des faits, en dehors des fièvres éphémères, on peut dire que l'affection est rarement précédée de symptômes généraux.

**Signes diagnostiques.** — Le diagnostic des différentes espèces d'herpès est facile lorsque les vésicules se groupent sur un fond rouge plus ou moins étendu et bien limité. On ne saurait alors le confondre avec l'*eczéma* dont les vésicules sont plus fines, qui ne fait pas saillie, qui occupe un plus large espace, et dont les vésicules ne sont qu'une période de la maladie, période si fugace, dans certaines circonstances, que l'on a été jusqu'à révoquer en doute son existence dans des affections considérées comme de nature non herpétique. En dehors des vésicules, ce sont surtout les ulcérations, les *furuncles*, les *carbuncles*, lorsqu'on les constate à première vue, qui pourraient

ton, la face interne des lèvres, la voûte palatine, et jusque dans le pharynx, le liquide des vésicules d'abord transparent, puis lactescent ou jaunâtre, se dessèche en croûtes qui tombent vers le septième jour. Cet herpès est presque toujours précédé d'un malaise fébrile ou de deux jours; il accompagne assez fréquemment le coryza, l'estomatite, surtout la fièvre éphémère, et, suivant Tourdes (de Strasbourg), aurait été un symptôme remarquable dans l'épidémie de *méningite spinale épidémique* qu'il a observée.

b. — *Herpès du pharynx* (ou *angine herpétique*). — Gubler a insisté sur l'attention, dans les dernières années, sur l'herpès du pharynx comme l'*angine couenneuse commune*, qui en serait la conséquence nécessaire de la fragilité de l'épithélium du pharynx ne permettant pas à cet épithélium de se soulever en vésicules. Mais l'observation d'herpès fébriles avec éruption érythémateuse pharyngienne, dont j'ai rencontré moi-même plusieurs exemples, paraît faire modifier cette explication de l'exsudat herpétique signalé par Gubler.

Lasègue a consacré à l'angine herpétique un long chapitre de son ouvrage sur les angines. Il considère cette affection comme la solution localisée d'un processus plus ou moins intense, qui survient habituellement sous l'influence d'un refroidissement. — Dans la forme la plus aiguë, un malaise considérable, frisson, courbature, céphalalgie considérable, pouls plein, fréquent, et tout le cortège d'une fièvre intense qui s'atténue en douze heures, marquent le début de la maladie, en même temps qu'apparaît l'herpès qui est très-précoce, et qui s'accompagne de la gêne gutturale de toutes les angines. Cet herpès est discret ou confluent; il a pour siège de prédilection les amygdales, qui sont gonflées, mûriformes, et de là il se propage aux parties voisines. Il consiste en quelques vésicules, dont l'éruption dure en moyenne quatre à six jours au plus. Ces vésicules se présentent sous deux formes : l'une, sur laquelle j'avais appelé l'attention dans la première édition de ce dictionnaire (article HERPÈS), caractérisée par des vésicules transparentes, la seconde, dans laquelle la vésicule est de prime abord marquée par une tache blanche opaque, qui occupe l'orifice d'une crypte muqueuse, orifice où se développent toujours les vésicules, suivant Lasègue. Les productions concrètes qui sont quelquefois constatées, proviennent d'une couche caséuse qui se développe dans les intervalles des vésicules, et qui peut revêtir la surface de l'amygdale. Cette couche, qui apparaît à des périodes diverses de l'affection, se distingue de celle de la vraie diphthérie par son défaut de transparence, surtout par le siège de l'éruption située à l'orifice des cryptes tonsillaires, et non sur la face libre de la langue, que la couche caséuse de seconde formation occupe les surfaces latérales. Cela démontre que l'angine couenneuse commune est une simple complication ou complication de l'angine herpétique. En enlevant la concrétion avec une tige de bois revêtue d'ouate à son extrémité (*Voy. PHARYNX*), on voit les traces des vésicules au niveau des fossettes des amygdales. Dès lors, on peut faire remarquer Lasègue, l'hésitation n'est plus permise (*Traité des angines*, 1868, p. 63). Cette angine se complique quelquefois de douleur dans les muscles du cou, et de gonflement des ganglions sous-maxillaires; elle favorise l'hypertrophie des amygdales. — Une *forme subaiguë* de cette affection se manifeste par les mêmes signes locaux, mais elle est apyrétique, comme la précédente, elle coïncide fréquemment avec l'herpès labial.

c. — *Herpès du prépuce*. — Il siège à la face externe ou à la face interne du prépuce. Il présente d'abord, comme particularité remarquable, la résorption du liquide des vésicules, auxquelles succèdent

es, mais des *squames* ou une simple *furfuration* légère. De plus, l'éruption de la face interne du prépuce a des vésicules plus larges, extrêmement transparentes, et qui sont suivies d'*excoriations* superficielles qui guérissent sans cicatrices et qui diffèrent par conséquent complètement des lésions syphilitiques. Lorsque l'herpès en se renouvelant suit une marche régulière, comme l'a signalé Bielt, l'inflammation plus profonde rend le prépuce moins souple, plus rude; elle rétrécit beaucoup son ouverture, qui devient quelquefois comme cartilagineuse, et se fendille ou se gerce avec douleur. On veut le ramener vers la base du gland.

— *Herpès de la vulve.* — Cet herpès, qui a été l'objet d'un très-bon Mémoire de Legendre (*Arch. de méd.*, 1853), a une plus grande importance que les précédents, parce que l'on peut facilement le confondre avec des lésions syphilitiques, confusion dont les conséquences seraient toujours graves.

Legendre, dont le travail me servira ici de guide, l'herpès de la vulve présente sous deux aspects différents, suivant qu'il est limité à un ou deux groupes de vésicules, ou qu'il consiste en un grand nombre de vésicules disséminées ou groupées.

Dans le premier cas, on observe rarement soit le groupe de vésicules qui apparaît au début de la maladie, soit le soulèvement bulleux que peuvent former le gonflement et la confusion des vésicules; très-souvent on est consulté pour l'érosion de la bulle pourrait donner le change et être prise pour une ulcération si l'on n'était averti. — Quand l'herpès est plus étendu et occupe de nombreux points de la face interne et externe des grandes lèvres, et souvent du périnée et de la marge de l'anus, il y a des cuissons brûlantes et des douleurs vives dans les parties génitales externes, surtout au moment du passage des urines et pendant la marche. On trouve les parties atteintes tuméfiées, rouges, et occupées par de nombreuses *ulcérations* qui peuvent s'étendre jusqu'aux cuisses et qui sont ordinairement superficielles, à fond blanc, nettement découpées et de la largeur d'une petite lentille, à moins qu'elles ne soient réunies et alors plus étendues. Il en est qui ont des bords saillants, taillés à pic par suite de ce gonflement, et qui simulent encore mieux des ulcérations syphilitiques. Heureusement que, dans la plupart des cas, on trouve en même temps des groupes de vésicules à liquide transparent ou lactescent, des vésicules récemment déchirées, des soulèvements bulleux de forme irrégulière, ou enfin des croûtes brunâtres du volume d'un grain de chènevis recouvrant une petite ulcération sous-jacente. Pour rechercher ces signes caractéristiques, il faut tendre la peau et effacer les plis et les rides au milieu desquels ils sont souvent cachés. Dans tous les cas de cette espèce, les ganglions lymphatiques de la partie interne des aines sont tuméfiés et sensibles; ils augmentent quelquefois le volume d'un petit œuf de pigeon au toucher.

Une ulcération herpétique peut faire saillie en se cicatrisant, et simuler des ulcères muqueux; cela est très-rare heureusement, car on ne pourrait alors en venir ici de méconnaître l'herpès si l'on n'avait pas suivi toutes les phases de sa marche.

La marche rapide de l'herpès est caractéristique : elle se termine par la guérison en peu de jours. Les ulcérations perdent leur aspect grisâtre *du jour au lendemain*, et leur cicatrisation se fait en général en quatre ou cinq jours, dans quelques cas où elle se fait attendre dix, quinze jours et plus. Il y a donc là à la marche si lente des ulcérations syphilitiques. — Il y a aussi des formes de l'herpès dont la connaissance favorise le diagnostic, comme la menstruelle, la grossesse, les courses longues à pied, la saison chaude

pour les femmes obèses, et tous les frottements répétés de la valve excès de coït, tentatives de viol, masturbation).

e. — *Herpès tonsurant* (Cazenave). — Il siège au cuir chevelu, sous le nom l'indique. Mais ce n'est pas une affection parfaitement définie, sans qu'elle rentre dans la teigne tonsurante de Bazin, et que cette tignie n'a pas toujours le caractère vésiculeux, selon ce dernier observateur (Voy. TEIGNES).

f. — *Herpès circiné*. — La même incertitude existe sur la nature de l'herpès circiné, qui est caractérisé par des cercles érythémateux sur le cuir chevelu, au niveau de la barbe, du dos des mains (de la droite), de la partie externe de l'avant-bras. Est-il une affection interne toujours identique, ou la simple conséquence de la germination cryptogame microscopique dans les points où se manifestent les plaques ténues ? C'est une question en litige avec de grandes probabilités pour le parasitisme (Voy. PARASITAIRES [Affections] et TEIGNES).

g. — *L'herpès iris* est composé de cercles concentriques disposés en anneaux autour d'un centre vésiculeux, d'un blanc jaunâtre, et parfois de couleur rose, pouvant varier du rose au rouge brun. Bazin considère cet herpès comme une simple variété de l'herpès circiné parasitaire, n'attachant aucune importance à la forme dite élémentaire des éruptions qui accompagnent les éruptions arrondies.

h. — Devergie rapproche de l'herpès circiné l'herpès à *forme quadrangulaire* qu'il a observé sur les membres supérieurs d'un homme de soixante ans atteint d'un eczéma chronique des bourses. L'éruption formait un carré de 2 centimètres, consistant en un liseré rouge vif, parsemé de petites vésicules adhérentes, résultant des vésicules rompues, et circonscrivant une petite tache blanche. Le mal avait débuté par un point qui s'était guéri à mesure que le carré s'élargissait (*Union méd.*, 1866).

i. — On doit admettre comme une variété d'herpès bien tranchée, *l'herpès aigu et plus ou moins généralisé*, qui débute par des symptômes généraux auxquels succèdent des plaques d'éruption herpétique bien caractérisées, se montrant simultanément dans diverses parties du corps, ainsi qu'au pharynx, et se terminant au bout d'un ou deux jours environ par une exfoliation épidermique. J'en ai observé trois cas, l'un chez une jeune femme, l'éruption très-généralisée, et coïncidant avec un érythème noueux aux inférieurs. Les jeunes femmes qui en étaient affectées, examinées chaque jour, ne présentèrent aucune pseudo-membrane dans le pharynx. Beaucoup de cas ont été observés, mais aucun n'a été communiqué. On a vu, au contraire, un fait de ce genre chez un malade atteint de *delirium tremens*.

3° *Pronostic*. — Quelles que soient les variétés de l'herpès, et quelle que soit sa durée, cette affection doit être considérée comme bénigne. C'est l'herpès aigu généralisé qui peut s'observer dans des cas suivis de mort, dans l'intéressante observation communiquée par J. Simon à la Société de médecine en 1865, et qui concernait une jeune fille âgée de quatorze ans, qui mourut, en pareille circonstance, est due à une maladie principale, qui n'est que l'herpès aigu généralisé, qui n'est alors qu'une complication.

**HERPÉTIDES, HERPÉTISME.** — On a compris sous cette dénomination toutes les manifestations cutanées de la DARTRE, appelée aussi *herpès*, en considérant cette dernière comme une maladie constitutionnelle. Ces manifestations cutanées sont plus ou moins nombreuses, suivant l'idée que l'on

Les deux savants médecins de Saint-Louis à ce sujet montre quelles on éprouve à circonscrire nettement l'état constitutionnel appelé

**ROMORPHIE.** — Voy. INSPECTION.

**CRATIQUE** (Facies). — Voy. FACE.

**RIE.** — Voy. URINES.

**ET.** — Ce phénomène, qui résulte de la contraction subite et involontaire du diaphragme, est habituellement très-secondaire comme élément de diagnostic. Il se montre chez les sujets nerveux, surtout chez les femmes hystériques, principalement à la suite d'émotions vives. Il se rencontre dans la constipation, dans les cas graves d'occlusion intestinale, de tympanisme, de cystite aiguë, dans certaines coliques saturnines, dans la diarrhée, dans les fièvres graves, et assez fréquemment dans les libations copieuses.

Le hoquet idiopathique se prolonger pendant des mois et des années, ainsi insupportable par sa persistance, qui a entraîné quelquefois un décès.

**ERTHROSE.** — Voy. RHUMATISME (articulaire).

**HYDATIDES.** — Les recherches helminthologiques modernes paraissent établir que les larves des téniadés constituent des vers vésiculaires ou des hydatides en un mot. Cependant on n'a pas encore saisi la filiation qui pourrait exister entre l'embryon, l'hydatide, l'échinocoque, et le ver parfait, qui représenteraient le développement complet de l'hydatide. Je n'ai pas à discuter cette théorie; je la rappelle seulement parce qu'elle simplifie la classification des acéphalocystes ou hydatides, qui constituent pour Laennec au moins trois genres différents : les acéphalocystes, les échinocoques et les échinocoques.

C'est l'auteur qui a le plus complètement étudié les hydatides au point de vue anatomique, dans un excellent livre (*Traité des Entozoaires et des*



considérable, parfois même au nombre de plus de mille. La tumeur est énorme et peut égaler la grosseur d'une tête d'homme.

Ces tumeurs subissent des modifications importantes à rappeler. Le liquide dans lequel nagent les hydatides, le plus souvent limpide et transparent comme de l'eau, peut ressembler à du pus, à du tubercule ramolli, ou avoir une teinte rougeâtre (sang) ou verdâtre (bile). Il peut se résorber, et le kyste se ramollir et se durcir, en devenant athéromateux.

Les tumeurs hydatiques ne peuvent être diagnostiquées à leur début, et pendant longtemps même, si elles ne gênent pas notablement les fonctions. Lorsque la tumeur est constatée, on aura lieu de croire, dit Davaine, qu'elle est formée par des hydatides, lorsque, existant depuis longtemps, développée, augmentée et ayant acquis un grand volume, elle n'a occasionné ni douleur, ni fièvre, ni dépérissement dans l'économie. On considérera, en outre, qu'une tumeur hydatique est ordinairement globuleuse, régulière, élastique; qu'elle donne un son mat à la percussion, et que souvent on peut y sentir la fluctuation. Quelquefois elle est le siège d'un frémissement particulier, dit *hydatique*, qui peut être regardé comme pathognomonique. Ce signe, indiqué d'abord par Blatin (1801), suivant Davaine, puis décrit et étudié par Briançon dans sa *Thèse* (1828), et par Piorry (1828), consiste en une sensation de vibration de tremblement que ressent une main exactement appliquée sur la tumeur, tandis qu'avec la main opposée on donne un coup sec et rapide sur cette tumeur. L'auscultation réunie à la percussion fait entendre des vibrations, ou moins graves, semblables à celles que produirait une corde de piano (Briançon). Ce signe, perçu par Tarral (*Journal hebdomadaire de médecine*, 1830, t. I), par Rayer et Brun, par Jobert dans un cas d'*hydatide solitaire*, est rarement constaté. Il n'est pas pathognomonique. Je l'ai obtenu au niveau d'un cancer du foie que j'ai pris avec Follin pour une tumeur hydatique. Il faudrait se garder de confondre ce frémissement avec la crépitation des bourses synoviales, comme l'a vu Davaine, dans les *abcès froids* divisés par des cloisons où le foyer est en bissac. On doit considérer comme exceptionnel le *tintement métallique* entendu passagèrement à distance par Guillemain et se produisant dans un kyste hydatique (*Gaz. méd.*, 1847).

« En général, dit Davaine, l'absence de fièvre ou de douleur permet de ne pas confondre une tumeur hydatique avec un *abcès*, l'absence de battement et la lenteur de son développement avec un *anévrisme*, l'absence de douleur et d'altération dans l'économie avec une tumeur *cancéreuse*. Le diagnostic devient plus difficile lorsque, autour du kyste hydatique, il est survenu de la inflammation ou de la suppuration : alors la douleur, les frissons et la fièvre peuvent faire croire à un *abcès*, le dépérissement à une tumeur *cancéreuse*, mais la marche de la tumeur et son grand développement avant l'invasion de la fièvre éclaireront le diagnostic.

« Les kystes hydatiques étant fréquemment multiples, lorsque l'on a constaté dans un organe l'existence d'une tumeur de ce genre, et que les symptômes de compression se manifesteront dans un autre organe inaccessible à l'exploration, il sera présumable qu'il existe dans celui-ci un second kyste hydatique. »

Dans les cas où la nature d'une tumeur volumineuse reste indéterminée, on a conseillé de pratiquer une ponction exploratrice faite avec un trocart capillaire; s'il donne issue à un liquide clair et limpide, cela seul devra faire soupçonner fortement l'existence d'un kyste hydatique. Mais ces ponctions capillaires ne sont pas sans danger.

liquide, en effet, a des propriétés particulières qui le distinguent de celui des épanchements d'une autre nature. Ne contenant que des traces d'albumine, *se coagule pas par la chaleur ou les acides* (Redi, Dodart, Récamier), mais il renferme une quantité assez considérable de chlorure de sodium, *les sels de ce sel deviennent apparents au microscope* lorsqu'on laisse sécher une goutte de liquide sur une lame de verre. Davaine fait remarquer que ces particularités ne sont guère constatées qu'à une première ponction, le kyste hydatique étant remplacé dans les suivantes par le sérum très-albumineux du sang, qui a transsudé dans le kyste pour remplir le vide qui s'est fait. Gubler donne une autre explication du fait. Selon lui, les hydatides se dissolvent et absorbent l'albumine du liquide du kyste, et cette albumine ne s'y trouve que lorsqu'elles sont mortes (*Soc. des hôpit.*, 1868).

On peut reconnaître les mêmes caractères au liquide hydatique limpide qui s'écoule au dehors, soit à travers la peau, soit par les voies naturelles, et qui fait également soupçonner l'existence d'une tumeur hydatique. Mais dans les cas de ruptures, l'expulsion d'autres éléments hydatiques met plus en évidence encore sur la voie du diagnostic et lui donne même la certitude. Ce sont : 1° des hydatides vésiculaires entières; 2° des débris membraneux de leur paroi; 3° les échinocoques ou leurs crochets.

L'expulsion des *vésicules entières* est pathognomonique. Il en est de même des *débris membraneux*, mais à la condition de ne pas les confondre avec les débris d'une autre nature.

Au microscope, le microscope montre qu'il s'agit d'hydatides si les lames examinées à son aide sur une tranche, montrant des lames superposées qui se composent et qui se trouvent en lignes parallèles comme celles de la page d'un livre, *fig. 94*. C'est le signe le plus important, en ce sens qu'on ne peut constater avec les doigts, dans le liquide qui provient, ou sur les débris membraneux eux-mêmes, ce sont les *échinocoques* ou leurs *crochets*.



*Fig. 94. — Hydatide de l'homme. — 1, fragment de grandeur naturelle; la tranche montre les feuillets dont le tissu se compose; à la surface externe existent des bourgeons hydatiques à divers degrés de développement (acéphalocyste exogène de Kühn); 2, un des bourgeons comprimé et grossi 40 fois; il est formé, comme l'hydatide souche, de feuillets stratifiés; la membrane germinale ne s'est point encore développée dans la cavité centrale. Il n'y a pas de trace d'échinocoque.*

Les échinocoques se montrent à l'œil nu sous forme de grains de semoule blancs ou grisâtres, qu'il faut examiner au microscope pour ne pas les confondre avec des granulations graisseuses isolées ou agglomérées que renferment, suivant les cas, certaines acéphalocystes stériles, *fig. 95*. La forme falciforme, l'aspect des crochets, qui se détachent de l'animal vivant ou qui restent aguinés en place s'il est tombé en putréfaction, est un signe microscopique qui, à lui seul, est aussi concluant, pour l'existence des hydatides, que la constatation de leur entier. C'est à Livois (*Thèse*, Paris, 1843) que l'on doit d'avoir signalé l'importance des échinocoques comme un élément du diagnostic.

L'expulsion des hydatides, soit à travers la peau par un abcès ouvert spontanément ou par une incision chirurgicale, soit par les voies naturelles,

soulève immédiatement la question du *siège anatomique* de la tumeur. Le siège est connu d'avance si l'on a diagnostiqué préalablement une tumeur qui s'affaisse par suite de l'évacuation de son contenu, et si cette tumeur a pu

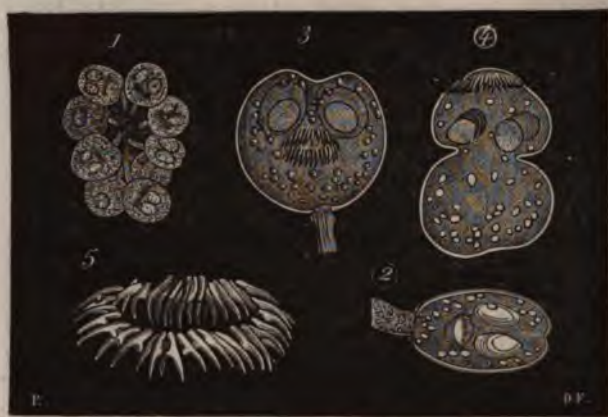


Fig. 95. — Echinocoques de l'homme. — 1, groupe d'échinocoques encore adhérents à la membrane germinale par un funicule, grossi 40 fois; 2, échinocoque grossi 107 fois; la tête est invaginée à l'intérieur de la vésicule caudale; il existe un funicule; 3, le même, comprimé; la tête rétractée, les ventouses, les crochets et les corpuscules calcaires sont apparents à l'intérieur; 4, échinocoque grossi 107 fois; la tête est sortie de la vésicule caudale; 5, couronne de crochets grossie 150 fois.

du rein ou du péritoine. De même les hydatides expulsées par l'anus et les urinaires proviennent ordinairement de kystes intra-abdominaux; mais on a l'exceptionnellement un kyste des poumons s'ouvrant dans l'intestin (Laennec). Le mélange au liquide ou aux débris hydatiques d'éléments anatomiques propres à certains organes est un signe qu'il ne faudra pas négliger de rechercher à l'aide du microscope, car c'est celui qui peut le plus sûrement indiquer l'organe lésé par le kyste.

Le pronostic des kystes hydatiques varie suivant leur situation et leur volume. Selon Davaine, les tumeurs de ce genre qui, ayant duré longtemps, ne s'accroissent plus ou même subissent un retrait appréciable, pourront être considérées comme en voie de guérison. Il en sera de même lorsqu'elles se seront ouvertes au dehors ou dans un organe en communication avec le dehors, et que leur volume tendra à diminuer. Elles sont au contraire très-graves lorsqu'elles occupent un organe important, si elles sont d'un grand volume ou multiples, si les parois du kyste sont devenues cartilagineuses, et si elles ont causé de la maigreur ou l'inflammation d'un organe important. Elles sont mortelles quand la rupture se fait dans une grande cavité séreuse, ou lorsque, ouverte dans une voie naturelle, les symptômes généraux s'aggravent, que les matières expulsées prennent une odeur gangréneuse, ou lorsqu'il survient une pneumonie (Davaine).

Pour compléter ce que j'ai à dire du diagnostic des kystes hydatiques, il reste à signaler les différences qu'ils présentent, sous ce rapport, suivant les organes qu'ils occupent.

Les hydatides peuvent siéger dans les organes superficiels du corps, à la tête, à la bouche, au col, aux bras, aux membres inférieurs, aux parois du tronc, et se développer dans les organes profonds contenus dans les cavités splan-

être localisée dans un organe. Cependant, la tumeur étant constatée, il peut y avoir doute sur son siège anatomique. Alors il faut tenir compte de la voie par laquelle elle a faite l'expulsion des hydatides, quoiqu'elle soit d'une valeur limitée. On sait, en effet, que l'expulsion par les voies respiratoires est due le plus souvent à des kystes intra-thoraciques, mais aussi à des kystes du foie, et plus rarement à des kystes de la rate.

Dans cette dernière circonstance, la seule dont je doive d'ailleurs tenir compte, je négligerai les hydatides dont le diagnostic est impossible, comme celles qui sont contenues dans le crâne ou dans le conduit rachidien, et celles en rapport avec les organes de la circulation. Les hydatides du cerveau agissent comme les TUMEURS de toute autre nature, et les *cysticerques*, dont Davaine a réuni vingt-deux faits, agissent de même ; toutefois on doit tenir compte du plus petit et de la dissémination de ces vers vésiculaires, ce qui fait qu'ils peuvent exister longtemps sans déterminer d'accidents notables. Calmeil et moi ont fait remarquer que jamais ils n'ont donné lieu à une paralysie des membres ayant quelque durée. Roger a vu un enfant de treize ans qui a succombé à des accidents de méningite déterminés par des kystes hydatiques du cerveau, et il a communiqué l'observation à la Société médicale des hôpitaux en 1865. Le même jour, il rapporta un autre fait concernant un enfant de six ans qui avait succombé à une broncho-pneumonie, survenue à la suite d'une pseudo-membraneuse compliquée de paralysie temporaire du voile du palais et qui offrit à l'autopsie un cysticerque de la grosseur d'une noisette dans le troisième ventricule (*Bulletin et Mém. de la Soc. des hôp.*, t. II, 1865). Les hydatides internes développées dans la cavité thoracique et au niveau des vaisseaux abdominaux, m'occuperont donc seules, comme se révélant pendant la vie par des signes suffisants.

#### **Hydatides intra-thoraciques.**

Je comprends ici sous un même titre les hydatides du poumon et de la cavité pleurale ; c'est que, pendant la vie, le diagnostic ne saurait aller au-delà de ce que la poitrine contient un kyste hydatique ; et encore ce diagnostic est-il de grande difficulté lorsque la tumeur siège à droite au-dessus du foie.

En opposant, en effet, qu'une tumeur intra-thoracique soit diagnostiquée comme TUMEUR, dans la plupart des cas, il n'y a, comme signes positifs démontrant qu'il s'agit d'un kyste hydatique, que l'écoulement du liquide de l'hydatide à l'aide d'une ponction exploratrice, ou par suite d'une rupture dans les membranes respiratoires, et le frémissement hydatique à la percussion, qui puissent servir au praticien d'une manière certaine. Cependant Vigla, qui a publié un Mémoire sur les *hydatides de la cavité thoracique* (*Arch. de méd.*, t. VI), a montré qu'en tenant compte de tous les signes locaux, on peut arriver à diagnostiquer ces tumeurs. Il distingue les hydatides intra-thoraciques en trois espèces : 1° dans la cavité même des plèvres ; 2° en dehors du feuillet pariéto-viscéral des plèvres ; 3° dans l'un des médiastins ; 4° dans le foie ou la rate et envahi la poitrine après avoir refoulé et perforé le diaphragme.

Je m'insiste dans son travail sur les signes qui doivent fixer l'attention : sur le caractère séméiologique de la *dyspnée* constante, progressive, sans symptômes locaux ; sur la *dilatation inégale et partielle de la poitrine* du côté affecté, constatée par la palpation procédant d'un point quelconque de la circonférence, sans niveau appréciable, indépendante des lois de la pesanteur, pouvant s'avancer en pointe du côté opposé, avec absence de tout bruit respiratoire au niveau de la saillie, et refoulement des organes voisins, marche chronique, et durée très-longue du début. Dans le fait très-remarquable qui a été recueilli par lui, il insista sur la saillie anormale qui siégeait en avant du côté droit de la poitrine, sans être en dehors au niveau de l'aisselle comme dans les épanchements pleuraux du côté droit, ou comme les tumeurs volumineuses du foie, affections qu'il trouvait ainsi exclues du diagnostic. Cette première considération sur la cavité thoracique, à propos de laquelle le docteur Vigla voulut bien me demander mon avis, qui fut conforme au sien, fut le point de départ de son diagnostic par

exclusion. La forme insolite de la matité fit également éloigner l'idée de l'épanchement pleurétique, de même que l'absence de battements vasculaires et de bruits respiratoires au niveau de la saillie lui fit rejeter l'existence d'un anévrisme ou d'une tumeur solide, qui aurait transmis les bruits du cœur et des poumons. On arriva ainsi à admettre la probabilité d'un kyste hydatique, et une ponction faite par Monod, sur la demande de Vigla, vint donner la certitude à ses indications. Car le malade, après avoir eu d'abord des accès de suffocation menaçants, après l'évacuation par le trocart de 2,450 grammes de liquide avec des débris de vésicules hydatiques.

Dans la plupart des faits observés, les hydatides occupant la base d'une cavité latérale de la poitrine ont été prises pour des épanchements pleurétiques et celles occupant le sommet pour des tuberculisations pulmonaires. La rupture du kyste et l'expulsion des hydatides (liquide ou fragments de vésicules) par l'expectoration viennent ordinairement révéler la nature de l'affection thoracique jusque-là méconnue. En supposant que l'on arrive à la connaissance du kyste intra-thoracique par des signes suffisants, on ne saurait avoir l'intention de préciser s'il occupe le poumon, la plèvre ou le médiastin. Il y a eu on a contesté la possibilité de distinguer d'un kyste intra-thoracique un kyste ayant son point de départ dans le foie ou dans la rate, et qui aurait envahi le côté correspondant de la poitrine. Cependant s'il y a expectoration d'hydatides, il est clair que le mélange de la bile démontrera qu'il s'agit d'un kyste ouvert dans les bronches. C'est ce que j'ai reconnu récemment chez une femme qui expectorait des crachats tachés de sang, et mélangés de débris braniformes jaunâtres depuis plusieurs semaines. Ces débris, examinés par le microscopier, furent reconnus pour être des fragments de vésicules hydatiques avec des éléments biliaires. Outre une toux fréquente et extrêmement pénible, il n'y avait comme signes locaux qu'un peu de râles sous-crépitaux à la base du poumon, en arrière et une matité du foie remontée de deux bons travers de doigt au-dessus que de coutume, sans que cet organe dépassât inférieurement le rebord des fausses côtes. Trousseau, qui a publié une excellente leçon sur les hydatides du poumon (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II), a nié leur existence dans la plèvre, en y expliquant leur présence par leur chute de la périphérie du poumon dans la cavité pleurale.

Quoi qu'il en soit, les kystes intra-thoraciques d'un certain volume ne peuvent guérir que par leur ponction ou leur rupture dans les bronches. Mais cette rupture elle-même peut occasionner rapidement la mort en asphyxiant le malade, c'est ce que j'ai vu arriver à l'Hôtel-Dieu pour un homme qui, admis à l'hôpital pour une dyspnée excessive, y succomba peu d'instant après, en rejetant par la toux une énorme quantité de liquide aqueux et transparent. A l'autopsie, je trouvai un énorme kyste uniloculaire occupant les deux tiers inférieurs de la poitrine, s'ouvrant dans le tissu pulmonaire par un pertuis étroit. Ce kyste, que j'ai reproduit par le dessin, était sans doute fort ancien, car le poumon, refoulé en avant et diminué de volume sans doute par la compression, n'y formait qu'une languette en boudin aplati, descendant au-dessous de la partie gauche du cœur, et présentant d'ailleurs un tissu pulmonaire normal et crépitant.

### III. Hydatides intra-abdominales.

Les hydatides du foie sont incomparablement les plus fréquentes relatives à celles qui occupent les autres organes abdominaux, et au moins aussi fréquentes que celles de tous les autres organes de l'économie réunis, comme le montrent les relevés de Davaine (*ouv. cité*, p. 376). On en a observé aussi dans les

ils peuvent produire une pyélo-néphrite comme les calculs), dans le *petit* *in*, bien plus rarement dans l'*ovaire*, et exceptionnellement dans les parois *matrice* et dans les *capsules surrénales*. En dehors des hydatides du foie celles du petit bassin, dont je vais m'occuper en particulier, les autres *ides* des organes abdominaux ne méritent que cette courte mention, leur *ostic* étant subordonné à celui de la tumeur elle-même (*Voy. TUMEURS abdominales*) ou à la constatation directe des hydatides expulsées ou de éléments, comme je l'ai indiqué plus haut.

#### HYDATIDES DU FOIE.

particularités que présente le diagnostic des hydatides du foie sont *nom-* *es* ; aussi les kystes hydatiques de cet organe sont-ils principalement ceux *nt* servi à formuler l'histoire générale des hydatides. Davaine a parfaite- *résumé* ce diagnostic (*ouv. cité*, p. 461), et plus tard Trousseau en a fait *et* d'une de ses leçons (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 3<sup>e</sup> édit.).

kyste hydatique du foie qui n'a pas encore acquis un grand volume est d'un *ostic* fort incertain ; mais lorsqu'il est volumineux, la présence dans l'hypo- *re* droit d'une tumeur très-apparente, égale, qui s'est accrue lentement, *beaucoup* de douleur, sans jaunisse, sans ascite, sans fièvre, sans dépéris- *et* général, ne peut guère appartenir qu'aux hydatides. — La tumeur hyda- *du* foie ne pourra guère être confondue avec un *abcès*, qui acquiert *ent* un grand volume sans être précédé ou accompagné de douleurs et de *et*. — Elle ne le sera pas non plus avec un *cancer*, qui ne formé pas une *ir* globuleuse et unie. — La tumeur de la *vésicule biliaire* pourrait plus *ment* être prise pour une hydatide, si elle n'était constamment, et presque *début*, accompagnée d'une jaunisse intense, de douleurs vives (Davaine, *ité*, p. 461).

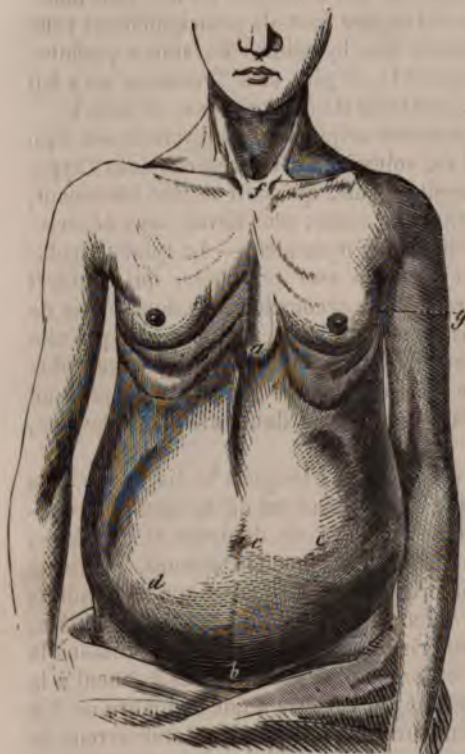
gré ces signes distinctifs, il y a des cas dans lesquels le diagnostic offre *us* grandes difficultés : c'est lorsque l'accroissement de la tumeur hydati- *plus* rapide que d'ordinaire, est accompagné de douleurs et de fièvre ; *l'une* circonstance particulière, comme une violence extérieure, est venue *anger* la marche ; lorsque, par la compression qu'elle exerce sur les conduits *es*, sur la veine porte ou sur la veine cave, la tumeur produit un ictère, *scite* ou un œdème des membres inférieurs, qui changent plus ou moins la *onomie* ordinaire de la maladie ; et lorsque plusieurs kystes donnent à la *faction* de l'hypochondre un aspect inégal. Blachez a fait connaître un fait *lequel* l'inégalité des bords de la tumeur a pu donner lieu à une erreur de *ostic*, le foie remplissant les deux hypochondres, et son bord présentant *scissure* au palper, ce qui fit croire à un développement simultané du foie *la* rate. Ce diagnostic semblait être confirmé par une exagération du *nom-* *les* globules blancs du sang constatée au microscope. Une ponction explora- *, la* nature hydatique de la tumeur ayant été soupçonnée à la suite d'accès *uffocation*, donna issue à un liquide qui mit l'existence des hydatides hors de *e* (*Soc. méd. des hôpit.*, 1868). Le volume du foie était bien plus considé- *encore* chez une malade âgée de trente-huit ans dont Frerichs a rapporté *ervation*. Dans ce fait, pendant la vie, *fig.* 96, page 528, l'abdomen était très- *endu* par le foie notablement augmenté de volume, puisqu'il donnait lieu à une *é* remontant à droite jusqu'à la deuxième côte, et en bas jusqu'à l'ombilic, *l'on* sentait le foie descendre vers la fosse iliaque droite, et remonter vers *rtilage* de la dixième côte gauche ; sa surface était inégale. Une ponction *atrice* révéla la nature hydatique de la tumeur. La mort survint, et à *psie* on trouva le diaphragme refoulé supérieurement très-haut, et le foie



devenu énorme ayant les rapports indiqués, *fig. 97*. Cet organe pesait huit kilogrammes et demi, et le kyste renfermait treize livres de liquide. La vésicule couverte d'échinocoques à sa face interne (*Traité prat. de médecine*, 2<sup>e</sup> édit., 1866, obs. I).

Dans ces différents cas, à défaut du frémissement hydatique, l'exploratrice avec un trocart capillaire donne des indications précises sur l'affection du foie; mais pour la pratiquer, il faut admettre que la ponction soit exempte de dangers.

Les erreurs de diagnostic commises le plus fréquemment sont



*Fig. 96.* — Habitus extérieur d'un individu atteint d'échinocoques du foie. — *a*, apophyse xiphoïde. *b*, symphyse. *c*, *d*, *e*, contour du foie. *f*, tête du sternum. *g*, point où a lieu le choc du cœur (Frerichs, *Traité des malad. du foie*).



*Fig. 97.* — Même individu que *Fig. 96*. — *b*, limite supérieure du foie. *c*, deuxième côte. *d*, kyste volume refoulée en haut par le lobe du foie. *e*, péricarde. *f*, estomac. *g*, cœur (Frerichs, *Traité des malad. du foie*).

résultent de l'envahissement des kystes développés vers la face supérieure du foie, et qui font croire à un épanchement pleurétique (*Voy. Tumeurs thoraciques*). On a vu, en effet, le diaphragme et le poumon droit repoussés jusqu'à la troisième ou la deuxième côte, comme dans le fait ci-dessus. L'énorme distension du kyste vers l'abdomen a quelquefois simulé

Les accidents si variés de la rupture des kystes hydatiques du foie ne peuvent seuls mettre sur la voie du diagnostic dans les cas difficiles.

Ces signes ont été bien exposés par Cadet de Gassicourt (*Thèse sur les hydatides du foie*). Ils varient suivant le siège du kyste et les organes qui l'avvoisinent. On peut s'effectuer : 1<sup>o</sup> à travers les parois abdominales, où il s'éta

un près de l'ombilic une fistule qui donne passage à des hydatides plus ou mélangées de pus, parfois pendant plusieurs années; 2° *dans l'abdomen*, dans le péritoine, soit dans l'estomac, les intestins, peut-être la vessie, soit dans les voies biliaires, et (doit-on ajouter) dans la veine cave inférieure (1, *Soc. des hôp.*, 1855); 3° *dans la poitrine*, tantôt dans le péricarde, dans la plèvre ou le poumon. Je renvoie à ce que j'ai dit de ces ruptures des hydatides en général, en ajoutant que le liquide expectoré, dans les ruptures dans les cavités aériennes, peut contenir des éléments de la bile, montrent le siège de la tumeur hydatique au niveau de l'organe hépatique, je l'ai vu récemment dans le fait rappelé plus haut. Trousseau a fait une intéressante observation de ce genre, dans laquelle la communication morbide avait eu lieu à travers une portion de tissu gangréné (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1<sup>re</sup> édit., t. II, 1862).

Le pronostic des kystes hydatiques du foie est grave; cependant cette affection peut être considérée comme une des moins dangereuses de l'organe hépatique, la guérison pouvant avoir lieu par évacuation spontanée des hydatides, soit par les parois abdominales et le colon, ou par inflammation non suppurée, dont on doit sans doute rapprocher les faits de guérison par pénétration de la bile dans la cavité kystique, cités par Leudet (*Soc. anat.*, 1853) et par Gassicourt. La mort survient de cinq manières différentes, suivant 1° par compression extrême du poumon droit(?); 2° par inflammation du 3° par rupture dans le péritoine ou la plèvre (on doit ajouter dans la plèvre inférieure); 4° par inflammation chronique des voies traversées par les hydatides expulsées (intestin, poumon), ou par épuisement dû à la suppuration qui survient au dehors; 5° par oblitération des voies biliaires par des hydatides (1840).

#### HYDATIDES DU PETIT BASSIN.

Chassagnon a appelé l'attention sur les particularités remarquables que présentent les kystes hydatiques du petit bassin, en concluant des douze faits qu'il a réunis que le tissu conjonctif sous-péritonéal est le siège de prédilection de ces kystes hydatiques. Ces kystes, suivant l'auteur, ne sont pas tout à fait rares et se trouvent par ordre de fréquence après ceux du cerveau et des poumons; ils se trouvent, en général, avec des tumeurs hydatiques dans d'autres organes. Le plus souvent ils siègent entre le rectum et le col de la vessie chez l'homme, et entre le rectum, le vagin et l'utérus chez la femme; ils adhèrent aux organes qu'ils refoulent, et par là diffèrent des kystes de l'ovaire non adhérents. Ils accompagnent, à une certaine époque, de phénomènes de compression du col vésical (d'où la constipation et l'ischurie), ou de phénomènes locaux et généraux tendant à l'expulsion des hydatides au dehors avec tendance de rupture dans les conduits muqueux, car Charcot n'a pas d'exemple de rupture dans le péritoine. La mort eut lieu par péritonite chez un jeune homme de vingt-quatre ans, qui n'avait pas uriné depuis quatre jours et qui offrait une tumeur fluctuante à l'hypogastre jusqu'à l'ombilic. La mort n'ayant pu parvenir dans la vessie, une ponction fut pratiquée par le rectum, d'où l'on retira trois litres d'un liquide limpide, en même temps que sortait en grande abondance et naturellement par l'urètre. On n'avait soupçonné que le kyste hydatique, interposé entre le rectum et la vessie (*Lancet*, 1864). Une seule fois, dans les faits réunis par Charcot, il a été perçu un kyste hydatique dans la tumeur (*Mém. de la Soc. de biologie*, 1852, et *Gaz. méd.*, 1852). Davaine, qui a réuni vingt-sept cas de cette espèce, dont plusieurs, il est vrai, n'ont été reconnus qu'à l'autopsie, range les

kystes hydatiques du bassin parmi les plus graves. Il n'a noté que guérison.

**HYDRARGIRIE.** — On dénomme ainsi un véritable eczéma qui se développe sous l'influence du mercure employé à l'intérieur ou à l'extérieur. L'eczéma est ordinairement localisé à la partie interne des cuisses, aux aines et à la partie inférieure du ventre. Les éruptions décrites par Allay comme des hydrargiries malignes n'étaient probablement des scarlatines graves.

**HYDROCÉPHALIE.** — Depuis qu'il est bien établi que l'on a autrefois sous ce nom un certain nombre d'affections différentes, l'hydrocéphalie a perdu beaucoup de son importance. Elle est aiguë ou chronique.

L'*hydrocéphalie aiguë* est une maladie extrêmement rare, et se caractérise plutôt par une manifestation anatomique reconnaissable après la mort que par un ensemble de symptômes caractéristiques pendant la vie. On a remarqué, en effet, que la plupart des faits ainsi désignés n'étaient autre chose que des méningites tuberculeuses, et l'on a même été jusqu'à penser que l'hydrocéphalie aiguë pourrait bien n'être qu'un simple phénomène d'agonie prolongée. Les auteurs ne sont d'ailleurs pas d'accord sur les symptômes cérébraux qu'elle doit attribuer à l'hydropisie intra-crânienne, ni sur le siège de l'accumulation de sérosité, qui a le plus souvent lieu dans les ventricules.

L'*hydrocéphalie chronique*, mieux connue que l'aiguë, a été bien décrite par Barthéz et Rilliet (*Traité des maladies des enfants*, 1854, t. II). Cette maladie survient après la naissance, elle peut succéder à une hémorragie méningée intra-arachnoidienne (Voy. p. 497). Alors les convulsions, le coma, etc., symptômes de cette dernière affection, ont précédé l'hydrocéphalie chronique, dont le développement est insensible et latent dans toute autre circonstance.

Le diagnostic n'est facile, en effet, que lorsque la tête a subi une augmentation de volume par suite des progrès de l'épanchement intra-arachnoidien. La manifestation d'étendue des os du crâne, leur amincissement, l'élévation de la fontanelle antérieure, la saillie du front par rapport à la face qui paraît relativement rapetissée, la saillie du cartilage nasien, la saillie des sutures où l'on sent quelquefois la fluctuation, constituent ensemble des signes probants. Il s'y joint d'ailleurs d'autres signes mentaux importants, comme ceux qui indiquent une compression intracranienne : obtusion plus ou moins complète de l'intelligence, difficulté de la parole ou abolition des mouvements, sensibilité générale diminuée ou abolie dans une partie limitée, selon Barthéz et Rilliet, vue affaiblie ou perdue ainsi que la parole difficile ou impossible. Avec cet ensemble de symptômes, les fonctions nutritives sont intactes dans la plupart des cas.

Vers la fin de la maladie, qui peut s'arrêter à divers degrés de son développement, puis rester stationnaire jusqu'à l'âge de trente, quarante et même soixante ans, on peut constater des *vertiges* et des *vomitivations* si l'on met le malade sur son séant, des *convulsions* ou de la *contracture*, et enfin, si la maladie atteint les intestins et les muscles respirateurs, des *évacuations involontaires*, des *étouffements*, des *inspirations incomplètes*, ou une *suspension momentanée de la respiration*.

L'affection dure rarement moins d'une ou de deux années. Qu'il y ait ou non une hémorragie intra-arachnoidienne préalable, elle se développe généralement vers l'époque de la première dentition, à moins toutefois qu'elle soit congénitale.

Lorsque l'hydrocéphalie chronique survient chez l'adulte, c'est ordinairement



uite de l'existence d'une lésion organique, d'une tumeur intra-crânienne, suivant Robert Whytt, cité par Barthez et Rilliet, par la gêne ou l'obstacle porté à la circulation veineuse de l'encéphale. Mais ici la résistance des os du crâne empêche son ampliation, seul signe qui, joint à ceux que j'ai rappelés haut, c'est-à-dire à l'affaiblissement graduel de l'intelligence, de la sensibilité et de la myotilité, permettrait de diagnostiquer la maladie d'une manière aisante.

Le développement de la tête par suite d'un rachitisme des os du crâne a été pris pour l'hydrocéphalie chronique; mais Barthez et Rilliet font très-bien remarquer que, dans le premier cas, l'intelligence, loin d'être affaiblie comme

l'hydrocéphalie chronique, est au contraire souvent plus vive. On aurait pu les signes fournis par l'ophthalmoscope, selon Bouchut, la seule base de diagnostic différentiel entre le rachitisme borné à la tête et l'hydrocéphalie. A mesure qu'il s'accumule la sérosité et que la pression du cerveau augmente, il se ferait dans l'intérieur de l'œil : 1° une vascularisation plus grande de la papille et de la rétine, avec dilatation des veines; 2° un accroissement en nombre des vaisseaux de la rétine; une infiltration séreuse partielle ou complète de la papille; 3° une atrophie de la rétine et des vaisseaux, une atrophie plus ou moins prononcée, quelquefois com-



Fig. 98. — Hydrocéphalie chronique chez un enfant de quatorze mois. Infiltration séreuse de la papille voilant l'expansion du nerf optique (Bouchut).

pression du nerf optique, fig. 98. Ces signes, non observés dans le rachitisme, résulteraient de la compression des sinus et de celle des nerfs optiques à l'intérieur du crâne. Les mêmes signes serviraient à reconnaître l'existence de l'hydrocéphalie chronique chez les enfants à la mamelle. Pour que ces données de diagnostic aient une valeur réelle, il faut qu'il soit démontré qu'elles ne se rencontrent pas dans ces états pathologiques indépendants de l'hydrocéphalie, ce qui n'est pas encore suffisamment établi. — L'hypertrophie du cerveau a des signes trop vagues pour que l'on puisse les comparer à ceux ordinairement plus précis de l'hydrocéphalie chronique.

Il n'est pas possible de diagnostiquer le siège anatomique extra ou intra-ventriculaire de l'épanchement de sérosité dans le crâne. Cela est fâcheux, car l'épanchement intra-arachnoïdien est évidemment moins sérieux que celui qui distend les ventricules.

Maladie rarement mortelle en peu de temps, et pouvant se prolonger un grand nombre d'années, l'hydrocéphalie chronique est cependant toujours grave. Elle est beaucoup plus de gravité lorsqu'elle est intra-ventriculaire que lorsqu'elle succède à l'hémorragie intra-arachnoïdienne. Léonard W. Sedwick a vu guérir un enfant de deux ans par l'issue spontanée du liquide au dehors (*The Lancet*, 1856).

**HYPERHÉMIE ou Pléthore séreuse.** — Voy. ANÉMIE (p. 60).

**HYDROMÉTRIE.** — Voy. RÉTENTIONS ET TUMEURS (abdominales).

**HYDRONÉPHROSE.** — Voy. RÉTENTION (d'urine).

question de pratique, qui se rattache à la conservation de l'hymen, de l'obstacle qu'il oppose à l'exploration de l'utérus par le toucher ou du spéculum. Il est évident que ce n'est qu'avec une extrême réserve le médecin peut se décider à inciser préalablement l'hymen. Il faut qu'il y ait été forcé par l'urgence; que la malade, atteinte d'une affection utérine grave, n'ait plus de la première jeunesse, et enfin qu'il n'y ait pas d'autre moyen de traitement direct présumé efficace.

**PERÉMIE.** — Voy. CONGESTIONS.

**PERESTHÉSIES.** — Ce mot a été employé par les auteurs non pour exprimer une sensibilité excessive aux impressions venues du dehors, ce qui est son véritable sens, mais encore les véritables douleurs spontanées constituant les névralgies et les viscéralgies. C'est là une confusion réelle qui rend difficile l'étude diagnostique des hyperesthésies.

La parasthésie, l'hyperesthésie cutanée, ou DERMALGIE, peut être plus ou moins généralisée dans les différentes parties du corps. L'exaltation de la sensibilité peut d'ailleurs atteindre tous les organes sensibles, (vue, ouïe, odorat, goût), les muscles, les filets nerveux, et même les

conditions pathologiques de l'hyperesthésie sont assez variées pour que la détermination soit souvent difficile à déterminer, d'autant mieux qu'elle a jusqu'ici incomplètement étudiée. Aussi me contenterai-je de les énumérer. M. Fardel rappelle (*Mal. des vieill.*, 1854) que l'exaltation de la sensibilité est fort justement mise par Récamier au nombre des signes caractéristiques du ramollissement cérébral, mais que ce phénomène appartient exclusivement au ramollissement qui débute graduellement, et non à ceux qui sont apoplectiformes. — L'hyperesthésie est un symptôme de la *paralysie générale des aliénés*, et de l'*alcoolisme chronique*. — On la rencontre dans la *congestion de la moelle* (Luys, *Recueil de la Soc. d'observ.*, t. I), dans la *myélite*, l'*hématorachis*, la *méningite rachidienne*, la *méningite spinale épidémique*, où l'exaltation de la sensibilité serait extrême (et même très-rare), quelquefois dans la *méningite tuberculeuse*, dans la *paralysie générale* l'anesthésie est au contraire commune. — L'hyperesthésie (jointe à l'apoplexie pour tout exercice) peut longtemps être le symptôme de l'*ostéomalacie* qui apparaît les déformations osseuses (Beylard). — Il y a exaltation des sens dans la *rage*. — Les *membres* et la région spinale sont quelquefois le siège d'une hyperesthésie qui coïncide avec la *paralysie diphtérique* (Gault). — Certaines lésions locales produisent des hyperesthésies élocalisées : au cuir chevelu dans certaines *teignes*, au rectum avec les *hémorroïdes*, dans les parties atteintes de *névralgies* (indépendamment des foyers centraux). — D'autres névroses, comme la *migraine*, le *tétanos*, s'accompagnent d'hyperesthésies diverses. Mais il n'est aucune affection dans laquelle les hyperesthésies soient aussi généralisées ou aussi variées que dans l'*HYSTÉRIE*, où toutes les phénomènes d'hyperesthésie les plus irréguliers peuvent se rencontrer et alterner ou coïncider avec des anesthésies partielles. Cette coïncidence de l'exaltation de la sensibilité dans un point, et de son obtusion ou de son abolition dans d'autres, est un fait qui se remarque aussi dans les conditions pathologiques rappelées, mais qui n'a pas toujours été recherché avec soin par les auteurs. L'hyperesthésie partielle suivie d'anesthésie se remarque

DES GRECS.

**HYPERTROPHIES.** — On a décrit anatomiquement, comme une classe de maladies, l'augmentation de volume des organes par simple

**HYDROPERICARDE.** — Voy. PÉRICARDITE.

**HYDROPHOBIE.** — On doit toujours considérer l'hydrophobie comme un symptôme complexe, caractérisé par l'horreur de l'eau et des liquides, la constriction spasmodique du pharynx que détermine la vue de ces liquides, parfois par une anxiété plus ou moins grande et des convulsions plus ou généralisées.

L'hydrophobie constitue un phénomène très-fréquent, *mais non confondue* de la RAGE, qu'on ne saurait par conséquent dénommer *hydrophobie vraie*. On a rencontré encore l'hydrophobie comme épiphénomène de la *grosse hystérie*, de certaines *maladies fébriles* graves, d'*œsophagite* (Mondit *fièvre pernicieuse* dite hydrophobique, et enfin comme symptôme d'emplacement par les *septiques* (Voy. p. 339).

Mais l'hydrophobie a surtout de l'importance comme *névrose* indépendante de toute inoculation virulente. Elle a été dite alors *hydrophobie rabique non rabique*, ou *rage spontanée*, et tous les symptômes pourraient être de la véritable rage, même jusqu'à la terminaison fatale. C'est une question que je discuterai au mot RAGE.

**HYDROPSIES.** — Si la physiologie pathologique des hydropsies est une étude complexe, il en est de même de leur diagnostic envisagé d'une manière générale. Comme signes locaux communs des épanchements séreux qui caractérisent les hydropsies, on a bien la *tumeur* apparente qu'ils peuvent former, la *fluctuation* que fournit la palpation, le *déplacement du liquide* reconnu par la percussion, le *bruit de flot* ou de succussion que l'auscultation perçoit lorsque le gaz est joint au liquide, et enfin l'*écoulement de ce liquide* par la canule du trocart explorateur; mais ces divers signes ne sont pas constants, et ils se trouvent aussi dans les épanchements inflammatoires. On ne peut donc conclure de la nature hydropique ou non inflammatoire d'un liquide dans les viscères (en supposant que la présence du liquide soit démontrée) qu'en tenant compte de l'ensemble des phénomènes antérieurs ou actuels.

On recherchera avant tout s'il n'existe pas, comme origine de l'épanchement, une *cause générale* d'hydropsies (alors multiples), comme une affection générale, une albuminurie, une maladie fébrile (la *scarlatine*, et bien plus encore la *rougeole*), une cachexie (Voy. ANASARQUE).

D'autres fois la cause de l'hydropsie est la compression d'un tronc veineux (œdème localisé), ou bien une *maladie locale*, comme l'obstruction des conduits de certaines cavités naturelles (vésicule biliaire, bassinets des reins). Enfin on a admis des hydropsies survenant dans les séreuses comme épiphénomènes de maladies particulières, ou comme conséquences de l'inflammation.

On comprend dans les hydropsies : l'HYDROCÉPHALIE, l'*hydrorachis*, qui peut se diagnostiquer que lorsqu'il existe un spina bifida, l'*hydropericardite* (Voy. PÉRICARDITE), l'ASCITE, l'*hydrarthrose*, suite de RHUMATISME articulaire, l'ANASARQUE, l'ŒDÈME. Il y a encore l'*hydropsie de la vésicule biliaire*, l'*hydronephrose*, et l'*hydrométrie*, dont il est question aux mots RÉTENTIONS et TUMEURS.

**HYMEN.** — L'étude de l'hymen intéresse plus particulièrement le légiste que le médecin praticien. Cependant, au point de vue clinique, quelquefois nécessaire, dans le doute d'une grossesse, de s'assurer s'il y a ou non, rapprochement sexuel. Il faut alors tenir compte, comme premier indice, de ce rapprochement, malgré la conservation de l'hymen, du resoulement du vagin au fond d'une espèce d'infundibulum opéré par le pénis au niveau du vagin (Tardieu).



qui rend difficile l'étude diagnostique des hyperesthésies.

L'anesthésie, l'hyperesthésie cutanée, ou DERMALGIE, peut être plus ou moins généralisée dans les différentes parties du corps. L'exaltation de la sensibilité peut d'ailleurs atteindre tous les organes sensibles, la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, les muscles, les filets nerveux, et même les

conditions pathologiques de l'hyperesthésie sont assez variées pour que l'isolement soit souvent difficile à déterminer, d'autant mieux qu'elle a été jusqu'ici incomplètement étudiée. Aussi me contenterai-je de les énumérer.

Fardel rappelle (*Mal. des vieill.*, 1854) que l'exaltation de la sensibilité est fort justement mise par Récamier au nombre des signes caractéristiques du ramollissement cérébral, mais que ce phénomène appartient exclusivement au ramollissement qui débute graduellement, et non à celui qui est apoplectiforme. — L'hyperesthésie est un symptôme de la paralysie générale des aliénés, et de l'alcoolisme chronique. — On la rencontre dans la congestion de la moelle (Luys, *Recueil de la Soc. d'observ.*, t. I), dans l'uvérite, l'hématorachis, la méningite rachidienne, la méningite spinale épidémique, où l'exaltation de la sensibilité serait extrême (et est très-rare), quelquefois dans la méningite tuberculeuse, dans la paralysie générale, où l'hyperesthésie est au contraire commune. — L'hyperesthésie (jointe à l'hyperesthésie) peut longtemps être le symptôme de l'ostéomalacie, jusqu'à ce qu'apparaissent les déformations osseuses (Beylard). — Il y a exaltation de la sensibilité dans la rage. — Les membres et la région spinale sont quelquefois le siège d'une hyperesthésie qui coïncide avec la paralysie diphthérique (Gazault). — Certaines lésions locales produisent des hyperesthésies généralisées : au cuir chevelu dans certaines teignes, au rectum avec les tumeurs, dans les parties atteintes de névralgies (indépendamment des foyers de lésion). — D'autres névroses, comme la migraine, le tétanos, s'accompagnent d'hyperesthésies diverses. Mais il n'est aucune affection dans laquelle les

*exagération de nutrition.* Mais cette augmentation de volume, pendant la vie, peut être due à toute autre cause qu'à un excès de éléments essentiels. C'est ce qui arrive, par exemple, pour la *paralysie hypertrophique* ou *myo-sclérotique* de Duchenne, dans laquelle qu'hypertrophie *apparente* du tissu musculaire. Pour les viscères, hypertrophie est très-difficile à déterminer au lit du malade, et lorsqu'on met, on exprime plutôt son ignorance sur la véritable cause de l'accroissement de volume de l'organe qu'on ne reconnaît une hypertrophie réelle. C'est ce qui arrive, par exemple, pour le foie ou la rate augmentés de volume. Il faut donc reconnaître que les recherches histologiques modernes ont éclairé tout nouveau la question des hypertrophies, en révélant dans les lésions la nature réelle de beaucoup d'entre elles.

Les hypertrophies des organes les mieux connues sont : d'une part, les hypertrophies extérieures; d'autre part, les hypertrophies du cœur et de l'utérus, les seules des organes internes qui soient caractérisées par des signes suffisants. On a bien essayé de tracer une description symptomatique de l'hypertrophie du *cerveau*, mais les signes en sont trop incertains pour avoir une valeur particulière. Le docteur Higguet a signalé en outre l'hypertrophie des *vésicales*, donnant à la vessie une rigidité qui l'empêche de revenir à son état même, comme la condition du *gargouillement vésical* (Voy. ce mot). Quelquefois le cathétérisme par suite de l'aspiration de l'air et des gouttes d'urine à la fin de son écoulement par la sonde.

### I. Hypertrophie du cœur.

On rencontre rarement dans la pratique l'hypertrophie simple du cœur; plus souvent elle constitue une lésion secondaire.

1° *Éléments du diagnostic.* — L'absence de *douleur* au niveau du cœur, des *palpitations* habituelles, de la *dyspnée*, de l'*oppression*; un *signe* visible de la région précordiale à chaque impulsion du cœur, dont le cœur peut battre sensiblement plus en dehors et en bas du mamelon que dans l'état normal (Voy. CŒUR, p. 203); une *impulsion* manifestement exagérée à la palpation; une *matité précordiale* résistante et étendue, qui peut mesurer jusqu'à 10 et 12 centimètres de diamètre, et qui rappelle la forme et la consistance de cet organe; à l'auscultation, l'*obtusion des bruits du cœur*, qui sont étouffés et ordinairement prolongés, mais *sans souffle* propre à l'hypertrophie; un *pouls* au contraire *large et fort*, régulier, avec fréquentes *constrictions* à la face, et avec ou sans *troubles généraux de la circulation*: tel est l'ensemble des signes attribués à cette hypertrophie.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque ces signes se trouvent en même temps que la coïncidence d'autres altérations du cœur, il est clair que leur ensemble suffit pour établir l'existence de l'hypertrophie de cet organe. La *matité étendue* est une forme spéciale; la déviation de la pointe du cœur en dehors du *voisinage* du mamelon, lorsqu'il n'existe pas d'épanchement ou de tumeur du côté de la poitrine qui refoulent le cœur à gauche; l'énergie des palpitations, la *consistance* de l'organe et du pouls, contrastant avec l'étouffement des bruits à l'auscultation, ne peuvent laisser aucune hésitation au diagnostic. Mais, si ces signes se considèrent isolément ou en petit nombre, ces signes perdent presque toute leur valeur; et, ce qui contribue encore à leur donner de l'incertitude, c'est la coïncidence d'autres lésions cardiaques et notamment de lésions valvulaires.

J'ai dit plus haut que l'hypertrophie du cœur était le plus souvent la cause de l'insuffisance aortique. Il en résulte que la constatation de l'une des maladies dont elle provient sera une donnée précieuse pour le diagnostic. Parmi ces n

l'abord les *rétrécissements* ou l'*insuffisance* des orifices du cœur, sent l'hypertrophie cardiaque en nécessitant des efforts incessants de la part de l'organe. Il en est de même de l'*emphysème pulmonaire* duquel l'hypertrophie du cœur, signalée par Louis, s'observe le plus souvent comme lésion unique de l'organe, ainsi que l'ont démontré de nombreuses observations (*Mém. de la Soc. d'observ.*, t. III). Des *adhérences générales* du cœur ont été également considérées comme cause de l'hypertrophie cardiaque (*Voy. ADHÉRENCES*, p. 19); et enfin Larcher admet que cet état est normal pendant le cours de la *gestation* (*Arch. de méd.*, 1859,

*palpitations nerveuses* de l'anémie en imposent souvent aux médecins l'hypertrophie cardiaque, surtout lorsqu'ils examinent les malades par eux-mêmes sous l'influence de l'émotion que provoque l'exploration. C'est un des faits les plus importants de la pratique; il me suffit de le signaler, car avec de la précaution on évitera cette grave méprise. L'erreur en pareil cas, s'il y avait la moindre apparence signalée par Beau, serait plus facile que dans l'anémie simple, où l'impulsion exagérée du cœur, la matité étendue et la plénitude pourraient en imposer davantage.

On rapproche de ces faits ceux d'anémie ou de cachexie dite exophtalmique, dans lesquels l'excitation cardiaque et vasculaire est portée à l'extrême; la saillie des globes oculaires et le développement de la glande thyroïde accompagnent les palpitations lèveront ordinairement tous les doutes. — La *graisseuse* du cœur pourrait être prise aussi pour son hypertrophie; la matité est étendue dans les deux cas, en revanche il y a, dans le premier, une prépondérance générale exagérée et une atténuation de l'impulsion qui en les confondre.

On distingue l'hypertrophie, qui occupe presque constamment le cœur gauche, de l'hypertrophie du ventricule droit, qui détermine si elle a seulement envahi le ventricule droit. Bouillué a signalé l'hypertrophie du ventricule droit : le siège des battements est limité à la partie inférieure du sternum, ainsi que des hémorrhagies nasales, la turgescence des jugulaires et le pouls veineux. Mais il est difficile de croire alors à une lésion valvulaire, plus importante que l'hypertrophie même.

Le plus ou moins prononcé de l'hypertrophie peut être établi par l'étendue de la matité et de l'impulsion, ainsi que par l'écartement de la pointe du cœur. — Quant à ses formes, que l'on a admises au nombre de trois, suivant l'étendue des cavités reste la même, augmente ou diminue, elles ne sont pas si faciles à distinguer, sauf dans les cas où la dilatation est prononcée pendant il est difficile de comprendre que les bruits clairs, la faible impulsion du cœur et celle du pouls, que l'on attribue à la dilatation (p. 294), puissent coïncider avec les signes contraires qui caractérisent l'hypertrophie. Selon Dechambre (*Gaz. méd.*, 1844), ce qu'il y aurait alors de remarquable serait l'étendue de la matité et la plénitude avec état vibrant

a signalé un *souffle caverneux* avec retentissement exagéré de la veine de la partie du poumon gauche qui subit la compression du cœur élargi. Il se fonde sur deux faits observés par lui (*Union méd. de la Gironde*, 1864) pour faire connaître cette complication de l'hypertrophie.

*Prognostic.* — Il est très-grave, malgré la possibilité de la guérison admise par Beau et par Bouillaud. Quoique lente, la marche de l'hypertrophie du

cœur est ordinairement incessante jusqu'à la mort, et le danger est plus grand qu'il existe d'autres lésions du cœur.

## II. Hypertrophie du col de l'utérus.

Huguier, dans un Mémoire intéressant sur l'allongement hypertrophie du col de l'utérus (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1860, t. XXIV), en a variétés principales qu'il est nécessaire de rappeler comme causes d'erreur diagnostique.

1° Le col de la matrice forme, dans la cavité du vagin, une saillie conoïde de 5 à 7 centimètres, dont l'extrémité libre s'approche de la ture vulvaire sans changements dans le conduit vaginal. — Elle a pour un abaissement ou une descente de la matrice, pour un prosterne renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe du col, une hydropsie de cette partie.

2° La précipitation ou la chute complète de l'utérus ne serait très-ment autre chose, suivant Huguier, qu'une hypertrophie longitudinale portion sus-vaginale de l'organe, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que l'utérus pendante entre les cuisses, ait une longueur égale ou supérieure à celle normale.

**HYPOCHONDRES.** — Ces deux régions sont occupées principalement par le FOIE, et la gauche par la RATE et le grand cul-de-sac de l'estomac, organes à propos desquels j'ai exposé les particularités diagnostiques aux hypochondres, et qu'il me paraît par conséquent inutile de rappeler.

**HYPOCHONDRIE.** — Le diagnostic de l'hypochondrie, ou l'hypochondriaque, ne présente aucune difficulté, puisqu'il suffit de constater le malade porte de faux jugements sur l'état de sa santé, soit qu'il ait eu des maladies dont il n'est nullement atteint, soit qu'il s'exagère l'importance ou la gravité de souffrances ou de lésions réelles.

De là une tristesse et une préoccupation continuelles de la manière dont les fonctions s'exécutent, de l'aspect de ses excréments, etc.

Toute l'importance de l'examen du médecin est dans la recherche de l'idiopathique ou sympathique de l'hypochondrie. Les souffrances ou les lésions des organes abdominaux en sont le plus souvent le point de départ. Selon la dyspepsie déterminerait nécessairement l'hypochondrie, ce qui n'est généralement accepté (*Voy. p. 316*). L'affection hypochondriaque comme variété de délire qui a été considérée comme symptôme et comme signe de la paralysie générale, par Baillarger (*Acad. des sciences*, 1876). A ce point de vue, l'hypochondrie aurait, dans beaucoup de cas, la même origine que le délire des grandeurs, et elle serait un signe pronostique fâcheux pour certaines paralysies générales.

Quant à la confusion fréquente que l'on a faite autrefois de l'hypochondrie et de l'hystérie, elle n'est pas possible, comme l'ont démontré La Briquet, tant les deux maladies sont différentes dans leur expression clinique.

Un tempérament nerveux, l'oisiveté, les études trop abstraites, la lecture de livres de médecine par les gens du monde, les impressions morales, la spermatorrhée, sont des causes dont il faut tenir compte pour le diagnostic de l'hypochondrie.

On n'oubliera pas que la durée de l'hypochondrie est très-variable, elle peut se prolonger toute la vie, et que le pronostic n'est inquiétant que pour les lésions réellement graves qui parfois sont le point de départ de l'hypochondrie.

corale douteuse.

**ÉRALGIE.** — Voy. VISCÉRALGIES.

**ÉRICISME.** — Loyer-Villermay a décrit sous ce nom (*Traité des éreuses*, t. I) un ensemble de phénomènes nerveux propres aux s, mais qui ne sont en réalité que des symptômes d'une hystérie

**ÉRIE.** — Cette affection, connue de toute antiquité, a été surtout puis le dernier siècle. Les travaux, publiés en France, de Lepois, lermay, Georget, et de Fréd. Dubois (d'Amiens), Landouzy, sont tous. Mais aucun traité n'a égalé l'importance de celui de Briquet (*n. et therap. de l'hystérie*, 1859), qui comprend l'analyse de quatre observations recueillies sous ses yeux. C'est principalement à cet t à celui de Landouzy, que j'aurai recours dans cet article, sans s travaux publiés plus récemment.

ciencieuses recherches de Briquet semblent avoir mis hors de doute maladie n'a pas son origine dans une lésion utérine, mais bien stitue une névrose de l'encéphale. L'existence, démontrée par des rareté exceptionnelle, mais concluants, de troubles hystériques chez insi que chez des femmes privées d'utérus, suffit, en effet, pour la théorie ancienne et exclusive qui plaçait l'origine de la maladie gane. Cependant on ne saurait nier qu'il existe des faits incontes- : lesquels l'exercice des fonctions sexuelles a fait cesser des acci- riques franchement accusés, ou bien en a provoqué alors qu'il n'en . Pour faciliter l'étude diagnostique de l'hystérie, on peut la consi- ne si elle était exclusive à la femme, ce qui n'a nul inconvénient, les s observés ayant été à peu près semblables dans les deux sexes.

**Signes du diagnostic.** — Suivant Briquet, l'hystérie a pour symptômes : une *sensibilité extrême du système nerveux* ; des *hyperes-*

phénomènes accidentels se produisant sous l'influence des conditions lières dans lesquelles les hystériques se trouvent : le *délire*, la *létu catalepsie*, l'*extase*, le *somnambulisme*, le *coma*, la *syncope* (*ibid.*,

2° *Inductions diagnostiques*. — Si j'énumère simplement ces phénomènes, c'est qu'il n'y a pas de maladies dont les symptômes se dissocient et plus facilement que ceux de l'hystérie. Il en résulte qu'ils peuvent se isolément à l'observateur, et servir de premier indice aux inductions tiques.

Cependant il ne faut pas perdre de vue que, dans la pratique, on trouve en présence de deux ordres de manifestations, sur lesquelles a insisté avec raison : 1° les attaques, qui seules caractérisaient l'hystérie des anciens ; 2° les phénomènes hystériques intermédiaires. J'insiste plus sur cette distinction clinique, que Briquet me semble la considérer trop secondaire.

Les attaques sont constituées de temps en temps par des accidents et graves qui, apparaissant d'une manière soudaine, prennent une intensité, et, après une durée ordinairement courte, disparaissent aussitôt qu'ils ont apparu (Briquet). Ces accidents sont, pour Landouzy, les *attaques convulsives* proprement dites et les *accès non convulsifs*. Landouzy admet comme formes plus nombreuses des attaques : 1° les *SPASMES*; 2° les *SYNCOPE*S; 3° les *convulsions hystériques*; 4° les *convulsions épileptiques*; 5° la *catalepsie*; 6° l'*extase*; 7° le *SOMNAMBULISME*; 8° le *COMA* et la *létu* et 9° le *délire*.

Les attaques de *spasmes*, qui sont très-fréquentes, constituent les convulsifs de Landouzy. Elles sont caractérisées, suivant Briquet, par un serrement, d'oppression considérable, et de douleur très-vivante, non pas au bas-ventre, mais à l'épigastre, par des palpitations par une accélération extrême des mouvements respiratoires (jusqu'à ce que la respiration cesse), par la sensation d'un globe montant à la gorge où elle provoque une strangulation la plus douloureuse et une dysphagie incomplète (*globus hystérique*); une violente céphalalgie se déclare aussitôt : les mains s'agitent, crispent involontairement, et, après une durée qui varie de quelques minutes à quelques heures, pendant lesquelles l'intelligence reste intacte, les larmes éclatent, les pleurs surviennent, les urines coulent claires et abondantes, les accidents se calment, suivis de céphalalgie, de douleurs thoraciques et de courbature. Ces attaques sont caractéristiques.

Il en est de même des attaques de *convulsions*. Briquet a insisté sur ce fait que ces convulsions se distinguent de celles de l'épilepsie par l'éclampsie en ce que les mouvements sont analogues à ceux qui se produisent dans l'état sain. Ces convulsions sont *cloniques*, en effet, dans l'hystérie, contrairement à ce qu'on observe dans les deux autres affections convulsives. Le début des attaques est le même pour les attaques de spasmes jusqu'au moment du sentiment de strangulation; la malade pousse alors un ou plusieurs cris déchirants, caractéristiques, perd le plus souvent connaissance et tombe à terre si elle n'est soutenue; en même temps apparaissent les convulsions très-bien décrites par Briquet, qui les a constatées chez trois cent cinq malades.

« Le plus ordinairement les malades s'agitent, tantôt comme si elles voulaient échapper à des violences, tantôt comme si elles se débattaient contre une étroite étreinte; d'autres fois, comme le ferait un opéré auquel on laisserait la liberté de ses mouvements, ou, enfin, comme une personne qui se livrerait à l'impulsivité au mécontentement, à la fureur, ou au désespoir. D'autres fois enco-



les supérieurs et inférieurs se meuvent dans tous les sens ; la flexion, l'extension, la rotation, l'adduction, l'abduction se succèdent avec la plus grande rapidité. Tantôt le corps se meut comme un ver, tantôt il se contracte dans tous les sens, bondit et s'échappe souvent des mains qui le retiennent. La tête s'agite sur le tronc, en avant, en arrière, de côté, mais très-rarement les muscles de la face éprouvent-ils de ces convulsions qui tordent la bouche, qui font rouler les yeux dans leur orbite et les portent en dedans ou en dehors » (*Traité de l'hystérie*, 1859, p. 360).

Les mouvements convulsifs s'accompagnent quelquefois de craquements dans les articulations ; la face est le plus souvent vultueuse, animée, rarement pâle et froide, il y a des palpitations, le ventre se météorise, la respiration est irrégulière ; la connaissance revient et alors les sanglots éclatent, et l'accès se termine le plus souvent par les spasmes.

Les accès peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés pour terminer l'attaque. Le caractère des actes qui s'observent alors varie d'ailleurs suivant la susceptibilité particulière de l'appareil musculaire, suivant l'âge et la constitution physique et morale, les causes qui ont déterminé les attaques, et, suivant les impressions ressenties auparavant (Briquet).

M. Douzay a constaté que la durée des attaques est le plus souvent d'un quart d'heure à une demi-heure, ce que les nombreux relevés de Briquet ont confirmé. Elle peut se prolonger d'une à deux heures, rarement elle n'est que de quelques minutes. Enfin le chiffre des attaques varie à l'infini ; parfois l'attaque est unique et accidentelle ; elles sont d'autant plus courtes qu'elles sont plus nombreuses, et la première est ordinairement plus prolongée que les suivantes.

Les attaques ont des prodromes qui consistent en troubles nerveux extrêmement variés, suivant les malades, et qui peuvent souvent faire prévoir les attaques, mais seulement lorsque l'hystérie est déjà diagnostiquée.

Il est évident que les deux genres d'accès, uniques, ou multiples de façon à terminer une attaque, sont tout à fait caractéristiques, soit comme phénomènes nouveaux, soit comme antécédents. Mais en est-il de même des autres formes que nous admettons par Briquet et considérées isolément ? La syncope est le plus souvent une conséquence de la chloro-anémie, de l'aveu même de l'auteur. Mais le délire, le délire, de même que la catalepsie, l'extase, le somnambulisme, la léthargie, devront toujours éveiller le soupçon de l'hystérie chez la femme en particulier, vu la fréquence de cette maladie opposée à la rareté des autres formes des phénomènes que je viens de rappeler. Toutefois on ne saurait attribuer avec certitude leur origine hystérique que par la concomitance d'autres phénomènes hystériques antérieurs ou actuels.

Comme antécédents auxquels Briquet attache une grande importance il cite : 1° une grande impressionnabilité dès l'enfance, les reproches produits alors des étouffements et des malaises, et les choses tristes provoquant des larmes exagérées ; 2° par le fait des émotions ou des affections morales, un sentiment de malaise et de resserrement épigastrique, puis de strangulation avec des contractions et agitation dans les membres ; 3° les trois hyperesthésies suivantes, soit isolées ou groupées : l'épigastralgie, la douleur au niveau de la partie moyenne des côtes gauches, et la rachialgie, augmentant ou survenant par des émotions morales.

Les antécédents, qui caractérisent l'état hystérique, sont constants, suivant M. Briquet, qui va jusqu'à considérer comme des signes pathognomoniques, indépendamment des attaques, les trois hyperesthésies que je viens de rappeler. Mais lui, ces douleurs siègent aux attaches des muscles (*myosalgies*). Elles

sont superficielles, sous-cutanées, mais extrêmement vives; on les provoque on les exaspère en grattant modérément le muscle, en le galvanisant ou en exécuter des mouvements à la malade. On doit éviter de les confondre : avec les *névralgies*, qui ont des foyers douloureux d'élection; avec le *rhumatisme musculaire*, qui a plus de fixité, qui n'affecte pas plus spécialement la gauche du corps, et dont la douleur, moins vive à la pression que dans la *salgie hystérique*, est au contraire plus vive par les mouvements; avec la *leur saturnine*, qui a des lieux d'élection particuliers.

Peut-on réellement attribuer une valeur pathognomonique à ces douleurs considérées comme signes d'hystérie? Il est permis d'hésiter à adopter l'appréciation du savant médecin de la Charité; car la similitude des hyperesthésies avec les foyers de la névralgie dorso-intercostale gauche, et le même siège, l'absence de preuves que les douleurs occupent réellement des attaches musculaires, comme le pense l'auteur, et enfin son silence absolu sur les névralgies hystériques qu'il ne fait que mentionner dans son ouvrage, comme s'il ne les avait jamais constatées lui-même, tandis qu'il minutieusement les hyperesthésies en question : tout semble démontrer qu'il s'agit ici que de névralgies dorso-intercostales identiques à celles qui se rencontrent dans la simple anémie, et qui ne sauraient par conséquent constituer des signes pathognomoniques de l'hystérie. Je dois cependant ajouter que, dans l'épigastralgie ou douleur antérieure est caractérisée par une douleur provoquée par la pression des attaches des deux muscles droits, à l'endroit de leurs insertions aux cinquième, sixième et septième côtes, ainsi qu'aux cartilages costaux, on ne saurait admettre que cette douleur est névralgique. Mais en est-il toujours ainsi?

Quoi qu'il en soit, ces phénomènes ont une assez grande valeur diagnostique, soit comme antécédents, soit comme phénomènes hystériques actuels, au même titre que les suivants, qui se remarquent comme eux du côté gauche du corps dans la plupart des cas, condition générale signalée par Briquet, et utile à noter. Ce sont d'abord les HYPERESTHÉSIES musculo-cutanées entre les dorso-intercostales, ou occupant les organes des sens et même les viscéres, les ANESTHÉSIES, des SPASMES et des PARALYSIES.

Parmi les hyperesthésies, je dois rappeler : la *dermalgie* et surtout la *phalalgie*, occupant le plus souvent les régions frontale et temporales, selon les nombreux relevés de Briquet, et rarement le sommet de la tête, où elle constitue le *clou* ou l'*œuf hystérique*, qui s'accompagne fréquemment de frissons, de vomissements, de troubles digestifs et parfois de fièvre. Les vomissements accompagnent aussi quelquefois les névralgies dorso-intercostales hystériques.

Nous devons signaler encore les hyperesthésies des *parois abdominales*, des *membres*, ainsi que celles de la *vue* (photophobie), de l'*ouïe* (hyperacousie), de la *goutte* (hyperostéose), de la *larynx*, d'où résulterait la toux hystérique, le spasme de la glotte (nécessité deux fois la trachéotomie) et l'asthme (?). La *gastralgie*, l'*entéralgie*, la *néphralgie*, la *cystalgie*, et l'*hystéralgie* complètent cette énumération.

Les ANESTHÉSIES hystériques, qui m'ont occupé ailleurs (p. 65), ainsi que les SPASMES et les PARALYSIES (Voy. à ces mots), devront également faire reconnaître l'existence de l'hystérie chez les jeunes femmes. Le soupçon sera en certitude, comme pour les autres symptômes, s'il a existé précédemment des attaques caractéristiques, et si les urines sont habituellement *limpides*, *incolores* et *abondantes*, signe important auquel Sydenham

Bacher, cités par Briquet, et Briquet lui-même, ont reconnu une grande

coïncidence d'autres phénomènes franchement hystériques, actuels ou passagers, éclairera aussi sur la nature hystérique de certaines *contractures* fixes ou permanentes plus ou moins étendues, sur celles des *pneumates* du *ptyalisme*, des *sueurs* abondantes (parfois sanguinolentes), et de certaines *galactirrhées* que l'on a vues alterner avec des attaques d'hystérie (obs. de Briquet).

Les contractures observées dans le cours de l'hystérie méritent une attention particulière. Quand elles sont passagères, se produisant dans le cours des accès ou dans les intervalles, à des époques plus ou moins éloignées, elles doivent être considérées comme une manifestation de la névrose, au même titre que les signes de la maladie. Il en est de même des contractures plus persistantes auxquelles Lasègue a appliqué la dénomination de *catalepsie hystérique* (*Arch. de méd.*, 1865, t. VI). Il la signale comme plus fréquente chez les hystériques calmes, somnolentes, demi-torpides, réagissant peu. Lorsque, dans une hystérique de ce type, on applique la main sur ses yeux ou qu'on presse ses paupières, la malade éprouve un engourdissement tout particulier. Si ce n'est pas ataxique, elle exécute les mouvements qu'on lui prescrit, mais avec une paresse croissante. Bientôt la respiration devient plus haute, les globes oculaires sont convulsés en haut, et il survient un sommeil profond; la vie de la malade se suspend complètement, et les phénomènes de la catalepsie se montrent au même temps, et le tout disparaît à la longue, ou rapidement à la suite d'une vive commotion. La raideur cataleptique est générale ou partielle, complète ou incomplète; elle cesse avec le sommeil, sans être suivie de fatigue. Ce qui est remarquable, c'est que, suivant les malades chez lesquelles on provoque ces phénomènes, ceux-ci s'arrêtent ou non à l'engourdissement, ou à l'état cataleptique. — Les hystériques peuvent présenter un autre genre de contractures, des accidentelles ou cataleptiques, mais *permanentes* pendant un temps plus ou moins long. Ces contractures permanentes paraissent être liées, dans la plupart des cas, à une lésion des cordons latéraux de la moelle épinière, ainsi que nous en avons rapporté un exemple, dans lequel la contracture des quatre membres d'abord plusieurs fois temporaire, mais alors persistant dans l'intervalle des accès, a fini par être continue pendant les neuf dernières années de la vie. On croit à l'existence, dans les faits de ce genre, d'une lésion d'abord temporaire et susceptible de résolution, puis à une lésion permanente, comme celle des cordons latéraux de la moelle qu'il a constatée chez sa malade (et *Mém. de la Soc. des hôp.*, 1865, t. II).

Malgré les erreurs auxquelles peuvent donner lieu ces symptômes pris isolément, leur réunion, ou l'hystérie elle-même, a été considérée comme pouvant être confondue avec l'*hypochondrie* (Fréd. Dubois, d'Amiens) et avec l'*état nerveux* ou *névropathique* (Whytt).

L'hypochondrie (*Voy. ce mot*) présente des phénomènes bien caractérisés; et quant à l'*état nerveux* considéré en dehors de l'hystérie, il ne peut y avoir de doute que lorsque les attaques d'hystérie n'existent pas, c'est-à-dire lorsque cette affection elle-même est très-problématique. C'est alors, comme dans les conditions semblables, dans l'ensemble des phénomènes, dans leur origine, leurs causes, qu'il faut chercher des motifs de conviction.

L'instabilité des phénomènes, leur durée temporaire, leur apparition et leur disparition brusques, sont des particularités de la *marche* de la maladie qui ont une grande valeur. — Quant aux données *étiologiques*, qui ont été si bien

étudiées par Briquet, il en ressort principalement : que l'hystérie, propre au sexe féminin, peut se rencontrer chez l'enfant avant la puberté, que le maximum de fréquence est *entre douze et vingt-cinq ans*, à partir duquel l'invasion de la maladie est rare; que l'hystérie est *héréditaire* dans le quart des faits; que l'*impressionnabilité augmentée de l'élément du système nerveux*, et non l'*influence des organes génitaux*, est au fond de la prédisposition; que, dans les cinq sixièmes des faits, la suite de l'action d'une cause déterminante qui a agi sur l'encéphale dans la moitié des cas.

De plus, on n'oubliera pas que l'imitation est une cause incontestable de toutes les attaques et même de l'invasion de la maladie, comme toutes les impressions morales profondes; l'imitation expliquerait aussi, selon Briquet, les bizarres épidémies de convulsionnaires et de possession, dont il a dressé un saisissant tableau.

Une question importante d'étiologie se rattache à la distinction de l'hystérie en primitive ou secondaire. Il résulte des recherches nombreuses de Briquet, relativement à l'hystérie secondaire : 1° que les maladies prolongées, telles qu'un *grand affaiblissement*, un *état anémique* et des *sympômes prolongés*, sont celles qui prédisposent le plus à l'hystérie; 2° que les lésions prolongées des organes génitaux provoquent peut-être cette affection plus que celles des autres organes, parce qu'elles réunissent un haut degré de toutes les conditions qui viennent d'être indiquées.

En présence des *formes* ou des manifestations si nombreuses de l'hystérie, il faut songer toujours à la possibilité de l'existence de cette affection chez les jeunes femmes qui présentent des symptômes insolites; mais aussi se défier de la *simulation* des accidents hystériques faciles à reconnaître, ou des inventions fantaisistes de certaines femmes réellement hystériques qui veulent inspirer plus d'intérêt. Il suffit de signaler la possibilité de ces faits, que l'on parvient toujours à déjouer dès qu'on les soupçonne. Briquet ne blâmera pas non plus qu'un petit nombre de femmes cherchent à dissimuler leurs antécédents franchement hystériques.

Une forme de la maladie dont la détermination précise est fort difficile, c'est l'*hystéro-épilepsie*. Cette seule dénomination montre précisément qu'il y a confusion, en l'employant, la confusion entre l'hystérie et l'épilepsie. Et, de plus, il est souvent impossible de décider s'il y a épilepsie ou hystérie épileptiforme, moins que les attaques d'épilepsie et d'hystérie ne se déclarent isolées ou l'une après l'autre, la même malade, ainsi que l'a vu Briquet.

Les *complications* présentent quelques particularités utiles à retenir au point de vue du diagnostic. — Il serait fort difficile, selon Briquet, de distinguer les différences qui existent entre les phlegmasies aiguës du péricrâne et l'hystérie aiguë; et cette combinaison, qui n'est pas très-rare, est l'un des écueils les plus dangereux de la pratique. — Les affections inflammatoires aiguës de la poitrine et des bronches, chez les hystériques, revêtent souvent une forme convulsive. — Celles des viscères abdominaux provoquent des spasmes. — Les affections utérines chroniques avec exagération de sensibilité se traduisent par des réactions sur le système nerveux des hystériques, sans avoir la gravité qu'on leur a supposée. — Le rhumatisme articulaire ne serait pas très-rare chez les hystériques (28 sur 400). — Ni Briquet ni Landouzy n'ont jamais vu l'hystérie compliquer l'hystérie, contrairement à l'opinion des anciens, qui croyaient cette complication fréquente. — Il en est de même de la nymphomanie. — La *chorée* n'existe jamais en même temps que des attaques franches d'hystérie.

ne se combine à l'hystérie que quand celle-ci se borne aux simples accès de la première période.

Comme phénomène consécutif à l'hystérie, il faut, selon Briquet, signaler le *névrosisme nerveux*. Cependant les anesthésies et les hyperesthésies disparaissent avec la maladie.

**Pronostic.** — La mort est très-rarement survenue dans les attaques; elle succède alors à la suffocation. Plus rarement encore la mort a été directement issue de l'hystérie indépendamment des attaques; elle a été produite alors par accident, par une méningo-encéphalite, deux fois par la gastralgie; et directement, par la phthisie pulmonaire, la cirrhose du foie, l'affection de l'utérus. Les affections utérines et notamment le cancer utérin ne provoquent pas très-fréquemment ici que dans d'autres conditions une terminaison fatale. — La terminaison de l'hystérie par guérison complète et rapide ne se voit pas souvent; c'est que l'affection est alors récente et due à une cause accidentelle. Quand elle est ancienne, et que la constitution est très-impressionnable, « l'hystérie laisse après elle un état mélancolique, l'épilepsie, des paralysies plus ou moins étendues, des tics convulsifs, la rétraction des muscles, la chorée, le catatonisme. Le cerveau, le poumon, le cœur, et surtout le tube digestif, peuvent devenir le siège de phlegmasies chroniques, d'où résulte presque toujours un amaigrissement plus ou moins considérable » (Briquet).

**HYSTÉROMÈTRE.** — Voy. UTÉRUS.

**ICHTHYOSE.** — Cette affection cutanée, congénitale ou accidentelle, est facile à reconnaître à « des squames plus ou moins larges, dures, sèches, d'un grisâtre, comme imbriquées, formées par de l'épiderme épaissi, ne reposant jamais sur une surface enflammée, n'étant accompagnées d'aucune chaleur, d'aucune douleur, d'aucune démangeaison, et constamment liées à une altération profonde des couches sous-jacentes de la peau » (Cazenave). Celle-ci est épaisse, blanchâtre, rude au toucher comme une peau de chagrin, se rompant quand elle est grattée; elle est souvent comme recouverte d'écailles plus ou moins épaisses (squamuleuses adhérentes) aux parties saillantes des membres. — L'ichthyose est quelquefois locale ou partielle. Les parties qui en sont moins fréquemment ou moins profondément atteintes que les autres sont la paume des mains, la plante des pieds, et surtout les régions où la peau est plus fine, comme la face interne des membres, les aisselles, les aines, le visage, les paupières.

Même lorsque l'ichthyose est partielle, elle se présente parfois sous forme d'exfoliation presque farineuse, et pourrait être prise pour de l'eczéma si les antécédents ne de cette dernière affection ne venaient éclairer le praticien. — Rayer a eu le soin de distinguer la véritable ichthyose de certaines acnés sébacées, dans lesquelles on constate au début une sécrétion comme huileuse sur les parties malades, l'acné qui finit par se condenser en couche squameuse plus ou moins étendue. Suivant la remarque de Lailler (*Annales de dermatologie*, t. I, 1869), Wilson considère l'ichthyose, avec la plupart des médecins anglais, non comme une déviation de la sécrétion épidermique, mais comme une diminution de la sécrétion sébacée.

Même qu'il en soit, l'ichthyose est incurable ou très-rebelle; mais elle ne se complique pas d'altérations des organes intérieurs.

**ICTÈRE.** — Dans un très-grand nombre de cas, l'ictère, caractérisé par une coloration jaune plus ou moins foncée de la peau et des sclérotiques, est dû à un obstacle au cours de la bile dans les canaux biliaires. Mais il se produit aussi dans d'autres conditions que je rappellerai tout à l'heure. En toute circonstance, l'ictère vrai est dû à la présence de la matière colorante de la bile dans

le sang ; c'est là l'icère vrai, car il y a des faux ictères, comme nous le verrons. Comment se fait ce passage de la matière colorante de la bile dans le sang ? l'infiltration dans tous les organes ? C'est ce qu'il importe d'abord de rappeler, pour bien comprendre l'ictère.

La bile étant en excès dans le foie, passe par les lymphatiques et se mêle à la masse du sang. Mais elle y est immédiatement décomposée : il n'y a que la destruction des acides biliaires, et il ne reste dans le sang que la matière colorante ou pigment biliaire appelée biliverdine ou cholépyrrhine, qui est visible à l'épiderme et sous la conjonctive qu'elle colore en jaune.

Voyons d'abord ce qu'est l'ictère considéré comme symptôme.

1<sup>o</sup> *Caractères.* — La coloration jaune de la conjonctive et de la sclérotique, au passage dans le sang des matières colorantes de la bile, et qui constitue l'ictère, se constate ordinairement à première vue, qu'elle soit limitée à la conjonctive ou à la sclérotique. La coloration ictérique apparaît d'abord à la sclérotique, puis au pourtour du nez, aux commissures des lèvres, avant d'envahir le visage et le corps ; la teinte en est le plus souvent franchement jaune clair, mais elle peut être foncée, plus rarement verdâtre, ou même d'un vert foncé et brunâtre, auquel cas on qualifie l'ictère de *noir*.

Dans certains cas, la coloration jaune est douteuse, soit parce qu'elle est très-peu prononcée ou à son début, soit parce que l'on voit le malade à la lumière d'une bougie ou d'une lampe, qui annihile la couleur jaune, soit parce que la coloration naturellement brune de la peau du sujet en masque la manifestation. Quelquefois au contraire l'ictère n'est pas réel, mais seulement une coloration légèrement jaunâtre de la peau, comme dans diverses affections, et principalement l'*intoxication saturnine*, dans laquelle cette coloration est appelée faussement ictère saturnin, dans la *cirrhose du foie*, dans la *cancéreuse*, dans la *pyémie*, à la suite des *fièvres intermittentes*, dans l'*anémie*, surtout chez les individus dont le teint est naturellement pâle. Sous ce dernier rapport, il y aurait, suivant la juste remarque de O. Saint-Vel, une étude intéressante à faire des colorations morbides ou anormales, rencontrées sur les individus des races différentes, et dans les différents pays tropicaux (*Malad. des régions intertropic.*, 1868). Or, dans diverses circonstances, il faut contrôler son impression première par la recherche de quelques autres signes propres à l'ictère lui-même.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la sclérotique est toujours envahie par la coloration jaune dans le véritable ictère, et qu'au début elle peut être la seule partie extérieure qui soit colorée, ce qui n'a pas lieu dans les faux ictères ; nous reviendrons de rappeler.

L'examen des urines fournit encore d'autres signes probants de l'ictère : d'abord la couleur rougeâtre de ce liquide, qui teint en jaune serin le verre du vase où il passe, ou un linge qu'on y trempe ; c'est ensuite la réaction de l'acide nitrique produit dans l'urine, à laquelle il donne une couleur devenant d'un rouge pourpre par un excès d'acide, et que l'on a dit caractéristique.

On a dit aussi que l'ictère se reconnaît par la coloration des urines, qui, après avoir été traitées par l'acide nitrique, prennent une couleur rouge pourpre. (Voy. BILE).



Fig. 99. — Pouls d'ictérique (Marey).

On a encore attribué à l'ictère d'autres signes indirects, tels que le prurit, la soif, l'inconfort de la peau, une éruption papuleuse (Gubler), la décoloration des ongles, etc.



la *céphalalgie*, rarement la *vue des objets en jaune*, de *légers troubles* *ifs*, et enfin la *lenteur du pouls*, comme le montre la figure de Marey que nous reproduire fig. 99. Frerichs a cru que cette lenteur du pouls pouvait provenir par une influence de la bile sur le nerf pneumo-gastrique ou sur le plexus, analogue à celle de la digitale.

En Calvert, l'*acide carbo-azotique*, pris à l'intérieur, aurait pour effet l'hyperémie jaune de la peau et des conjonctives ressemblant à un ictère incoloration qui disparaîtrait avec l'élimination de l'acide par les urines (*de pharm. et de chimie*, 1856, t. XXX).

**Conditions pathologiques et signification.** — L'ictère une fois constaté, remonter à la condition pathologique dans laquelle il se produit. Il en est une pour les faux ictères. Cette question d'origine devient, en effet, la question capitale du diagnostic. On recherchera d'abord si l'ictère reconnu vrai est symptomatique d'une obstruction des voies biliaires ou d'une affection du foie-même, d'une maladie paraissant localisée dans un autre organe, d'une affection générale, ou bien si l'ictère, indépendant en apparence de tout autre état pathologique, semble constituer à lui seul une affection particulière (ictère idiopathique ?).

Quand l'ictère est précédé de douleurs plus ou moins vives au niveau du foie et des fausses côtes droites, on doit le rattacher à la COLIQUE HÉPATIQUE, c'est-à-dire presque toujours à l'obstruction des voies biliaires par des *calculs biliaires* engagés dans les canaux hépatique ou cholédoque. On rattachera beaucoup plus difficilement l'ictère à l'occlusion des voies biliaires par inflammation (Curry, Andral), par pénétration d'un lombric dans le canal cholédoque, ou par la compression de ce canal par une tumeur, à moins que cette tumeur soit déjà constatée.

Dans les maladies du foie comme dans les autres affections générales où il y a de nombreuses où l'on rencontre l'ictère comme symptôme, on peut dire qu'il n'est jamais un signe pathognomonique, car *il n'est constant pour aucune* maladie.

Dans l'*hépatite aiguë*, l'ictère joint à la fièvre sert beaucoup à caractériser la maladie (Louis); mais dans l'*hépatite chronique*, où il est plus rare, il n'intervient nullement, comme on l'a avancé, que les abcès, s'il en existe, avoisinent les voies biliaires. — Dans le *cancer* du foie, l'ictère n'a été noté que dans les derniers faits (Valleix). Joint à la tumeur inégale et bosselée du foie, il est devenu un très-bon élément de diagnostic. — L'ictère, le véritable ictère, est fréquent dans la *cirrhose*, comme avec les *tumeurs hydatiques* du foie, et l'oblitération de la veine porte. — On le rencontre habituellement au contraire dans l'*empoisonnement par le phosphore*, et si je le rappelle à propos des maladies du foie, c'est qu'on a rattaché cet ictère à un catarrhe des voies biliaires (Bow) dans lequel il y aurait obstruction des voies biliaires par du mucus biliary. Wyss a conclu de ses recherches expérimentales sur des fistules biliaires faites sur des chiens, que l'ictère catarrhal ne siège pas seulement à l'extrémité inférieure du canal cholédoque, comme le disait Virchow, mais bien dans les parties supérieures biliaires qui s'obstruent de mucus filant et épais; d'où la stase biliaire (*Archiv der Heilkunde*, 1867).

En dehors des maladies de l'organe hépatique et des voies biliaires, il en est un grand nombre qui s'accompagnent d'ictère. Ce sont : la *pneumonie*, celle qui siège dans un point du poumon éloigné du foie (au sommet, par exemple); l'*embarras gastrique* bilieux; certaines *affections utérines*; la *fièvre bilieuse* ou l'*état bilieux* des pays chauds; la *fièvre jaune*, ainsi appelée en

raison de l'existence de l'ictère (dans laquelle cependant il peut faire d'abord ou il a pour caractère particulier d'occuper principalement la poitrine, quelques sujets, et d'être précédé d'une injection des téguments (Louchet, 1857) ; l'ictère est si rare dans la *fièvre typhoïde*, que Louis n'en a rencontré que deux exemples ; c'est là un fait très-important comme caractère différentiel de cette maladie et celle à laquelle on a donné le nom d'*ictère grave*, de laquelle on a questionné tout à l'heure.

Je ne dois pas omettre de rappeler les conditions pathologiques de la coloration jaune de la peau qui constitue les faux ictères dont il est question plus haut. J'ai énuméré les maladies dans lesquelles cette fausse coloration se rencontre ; mais comment se produit-elle ? Ce serait une question importante à bien connaître ; malheureusement on en a donné des explications diverses. La plus plausible me paraît être celle qui s'appuie sur les analogies et les liaisons étroites qui existent entre l'hématine et la biliverdine. Cela explique la coloration cutanée par la transformation de l'hématine du sang en pigment analogue au pigment biliaire ou biliverdine, sous l'influence de causes déjà rappelées. C'est l'*ictère hémaphétique* de Gubler (Soc. de médecine, août 1857). La transformation de l'hématine en pigment jaune serait, suivant Frerichs, à la transformation en pigments biliaires des acides incolores de la bile, charriés en excès ou en quantité normale par le sang (*Maladies du sang*, 2<sup>e</sup> édit., 1866, p. 86 et suiv.). Pour Virchow, la plupart de ces faux ictères seraient des ictères vrais dus à une obstruction de l'extrémité du canal biliaire par le mucus du catarrhe des voies biliaires dont il a été question plus haut.

Pour compléter le diagnostic de l'ictère, il nous reste à parler de l'*ictère* improprement essentiel, et qui est tantôt simple et tantôt grave, et de l'*ictère* des nouveau-nés.

### I. Ictère simple.

Lorsque les signes de l'ictère vrai rappelés précédemment sont les seuls qui s'offrent au médecin, qui ne trouve ni dans le foie, ni dans d'autres organes, et enfin dans l'état général le point de départ de ce phénomène morbide, évidemment d'un ictère simple ou bénin, dit aussi *essentiel* ou *spasmodique*, ces dénominations qui malheureusement n'expriment que l'ignorance comme l'on est en pareil cas de la condition organique de l'ictère.

Quoi qu'il en soit, l'ictère simple occupe jusqu'à un nouvel ordre une place dans le cadre nosologique. Apparaissant le plus souvent à la suite d'une *émotion vive* de frayeur, de colère, etc., il est remarquable par l'absence de *fièvre* et de *signes locaux au niveau du foie*, par sa *durée assez courte* (de deux ou trois septénaires environ) et par sa *bénignité*. On n'oubliera pas cependant qu'il y a quelquefois un peu de *courbature* au début, une *douleur hépatique* rarement vive, et parfois un développement anormal de la *vésicule biliaire* et des fausses côtes.

On a décrit en Allemagne sous le nom d'*ictère catarrhal* un ictère (dit quelques mots plus haut, et qui serait précédé des signes de l'embarras biliaire), considéré lui-même comme un catarrhe stomacal. Il y aurait ici un obstacle mécanique à l'écoulement de la bile par turgescence de la muqueuse et accumulation de mucus dans les canaux biliaires, et parfois distension de la *vésicule*, comme Jaccoud en a rapporté un exemple (*Clinique méd.*, 1866).

Le peu de durée des accidents est un fait d'évolution important à noter pour l'ictère dit simple, car la prolongation d'un ictère au-delà de deux ou trois septénaires doit faire craindre une lésion latente des organes biliaires. L'*ictère catarrhal* est suivi de dyspepsie.

considérée comme une maladie générale aiguë, quelle que soit la lésion qu'elle on a voulu la rattacher. L'ictère grave n'a été sérieusement lepuis une quinzaine d'années. Buld en Angleterre (*Diseases of the* , et Ozanam en France (*Gaz. méd.* , 1846 ; *Thèse*, 1849), ont publié hes qui ont été suivies de nombreuses publications sur le même anger comme en France. Ces travaux ont été rappelés dans la thèse de Genouville (*De l'Ictère grave essentiel*, 1859). Dans son ou- s maladies du foie (cité plus haut), Frerichs considère l'ictère grave inflammation parenchymateuse diffuse aiguë du foie, hépatite généralnant l'atrophie et la destruction rapide des cellules de l'organe, on à l'hépatite vraie, localisée, et se terminant par suppuration, par u foie. De son côté, Rokitansky regarde les ictères graves comme des cation phosphorée méconnus. Mais Vallin ayant constaté l'intégrité hépatiques et des voies biliaires dans deux cas d'ictère grave, ainsi n fait d'intoxication par le phosphore, rejette les explications de Rokitansky, pour voir dans l'ictère grave, non une maladie, mais un pe de phénomènes morbides analogues à l'urémie, à l'albuminurie, irie, et dont les conditions anatomiques et physiologiques restent à (*Gaz. hebdom.*, 1867). Nous avons donc raison de dire que l'ictère core incomplètement connu dans sa nature.

*Signes du diagnostic.* — L'invasion de la maladie est importante à l'antôt, en effet, l'ictère paraît être simple ou bénin, et ce n'est qu'après de trois, six, neuf, seize et même plus de vingt jours, que se es accidents redoutables, comme l'a signalé Ozanam ; tantôt l'affec- ive dès les premiers jours et rapide dans son allure. Dans ce dernier bute par des *accidents généraux* sans signification déterminée, frisson, malaise, accablement, tristesse, malaise général, douleurs dans les faiblesse extrême ; puis l'ictère apparaît, accompagné de *céphalalgie*

n a prétendu que, dans la forme bénigne de l'ictère, il pouvait survenir idement comme *complications* des accidents cérébraux graves, dont on s'exemples dans les auteurs anciens, et sur lesquels on lui doit d'avoir l'attention. Mais il est évident qu'il s'agit alors d'une autre maladie, de rave, dont il va être question. Alderson a constaté, en 1864, chez un ctérique de l'hôpital West de Londres, un écoulement urétral abondant, omme l'urine, qu'il a considéré aussi comme une complication de l'ic- deux phénomènes ayant coexisté et disparu ensemble.

### **ictère grave.**

affection, encore bien incomplètement connue dans sa nature, et qui a foule de dénominations différentes qu'il me paraît inutile de rappeler, considérée comme une maladie générale aiguë, quelle que soit la lésion laquelle on a voulu la rattacher. L'ictère grave n'a été sérieusement e depuis une quinzaine d'années. Buld en Angleterre (*Diseases of the* 45), et Ozanam en France (*Gaz. méd.*, 1846; *Thèse*, 1849), ont publié erches qui ont été suivies de nombreuses publications sur le même l'étranger comme en France. Ces travaux ont été rappelés dans la thèse nte de Genouville (*De l'ictère grave essentiel*, 1859). Dans son ou- r les maladies du foie (cité plus haut), Frerichs considère l'ictère grave ne inflammation parenchymateuse diffuse aiguë du foie, hépatite géné- ntrainant l'atrophie et la destruction rapide des cellules de l'organe, sition à l'hépatite vraie, localisée, et se terminant par suppuration, par s du foie. De son côté, Rokitansky regarde les ictères graves comme des toxication phosphorée méconnus. Mais Vallin ayant constaté l'intégrité ules hépatiques et des voies biliaires dans deux cas d'ictère grave, ainsi s un fait d'intoxication par le phosphore, rejette les explications de s et Rokitansky, pour voir dans l'ictère grave, non une maladie, mais un groupe de phénomènes morbides analogues à l'urémie, à l'albuminurie, usurie, et dont les conditions anatomiques et physiologiques restent à er (*Gaz. hebdom.*, 1867). Nous avons donc raison de dire que l'ictère t encore incomplètement connu dans sa nature.

**Éléments du diagnostic.** — L'invasion de la maladie est importante à e. Tantôt, en effet, l'ictère paraît être simple ou bénin, et ce n'est qu'a- e durée de trois, six, neuf, seize et même plus de vingt jours, que se ut des accidents redoutables, comme l'a signalé Ozanam; tantôt l'affec- e grave dès les premiers jours et rapide dans son allure. Dans ce dernier e débute par des *accidents généraux* sans signification déterminée, fris- céphalalgie, accablement, tristesse, malaise général, douleurs dans les es, faiblesse extrême; puis l'ictère apparaît, accompagné de *céphalalgie* très-intense, d'*insomnie*, de *prostration*, de *soif vive*, d'*anorexie* e; il y a des *nausées*, des *vomissements*, de la *constipation* ou de la é, des *selles* décolorées ou verdâtres (bilieuses) avec *odeur fétide*, et nes foncées contenant manifestement une assez grande proportion de colorante de la bile.

deux à six jours ou plus se déclarent des phénomènes plus sérieux : e vive à l'hypochondre droit et vers l'épigastre, exaspérée par les mou- s, par la pression et la percussion; *hoquet*, coloration de plus en plus ée l'ictère; *pouls* acquérant rarement un haut degré de fréquence, si ce la fin de la maladie.

et apparaissent des *hémorrhagies externes* ou *internes*, le plus sou- s épistaxis, plus rarement des *hématémèses*, l'entérorrhagie et l'héma-

turie, qui caractérise la fièvre bilieuse hématurique des pays chauds; ajouter encore des hémorrhagies interstitielles, des ecchymoses variées, moptysie, et enfin la péricardite hémorrhagique, comme l'a observé (Guide du méd. prat., 5<sup>e</sup> édit, t. IV). Enfin on constate aussi des *accidents cérébraux*, tels que du *délire* (tantôt calme, tantôt furieux), des *convulsions*, des *paralysies partielles*, un *état comateux*, avec déjections involontaires, embarras de la respiration, accélération du pouls, qui peut alors aller à cent quarante, et même à cent cinquante pulsations par minute. Dans les cas rares de guérison, le coma se dissipe et les autres symptômes paraissent graduellement; le malade a dès lors une convalescence tantôt prompte et tantôt lente.

La durée de la maladie a varié de deux à trente et un jours dans les cas observés.

2<sup>e</sup> *Inductions diagnostiques.* — La donnée dominante du diagnostic est manifestement l'ictère, mais la coïncidence des accidents nerveux et hémorrhagiques est nécessaire pour lui donner la signification de la maladie si nommée ictère grave. En dehors de cet ensemble nécessaire, la disparition isolée des symptômes ne jette pas un jour suffisant sur le diagnostic.

Il est en de même de l'étude des *causes*, parmi lesquelles on a placé les privations, les chagrins, les excès alcooliques, et certaines influences mal connues, mais utiles à rappeler, qui font que plusieurs individus de même habitation sont atteints ensemble ou successivement, comme l'ont observé Griffin, Hanlou, Budd, Hérard (*Soc. des hôp.*, 1859).

Blachez, qui a traité de l'ictère grave (*Thèse d'agrégation*, 1860), a traité plus longuement que ses prédécesseurs la question du diagnostic. Il fait remarquer que la *fièvre jaune* et la *fièvre bilieuse intertropicale* ont avec l'ictère grave de nombreuses analogies, mais qu'elles n'en constituent pas une, comme le pense Monneret (*De l'ictère hémorrhagique essentiel*, 1855). Ces espèces morbides d'un même genre, réunies par des caractères communs, dont deux surtout ont une importance capitale : l'altération du sang et le trouble de la sécrétion biliaire. Blachez qui s'appuie, dit-il, sur quarante observations dont il n'a pas malheureusement donné l'analyse exacte, pense que, malgré l'analogie avec la fièvre jaune, l'ictère grave ne saurait lui être assimilé. Cette forme sporadique de cette affection, ainsi que l'ont avancé plusieurs observateurs (Baudon, *Bullet. de thérapeut.*, 1847; Siphnaïos, *Thèse*, 1852); car, si l'on admettait cette assimilation, il faudrait reconnaître que la même maladie sporadique tue presque toujours, tandis qu'à l'état épidémique elle est souvent mortelle que dans un cinquième des cas : conclusion impossible. Sans trancher cette question, pour le moment insoluble, on pourrait objecter à la manière de voir de Blachez que les deux maladies sont observées dans des circonstances très différentes et dans des conditions particulières qu'il est fort difficile d'apprécier, et qui pourraient peut-être expliquer les différences signalées.

L'incertitude n'est pas moins grande au sujet de la *fièvre bilieuse intertropicale* qui, dans sa forme continue (*Voy. BILIEUSE* [Fièvre]), ressemble beaucoup à l'ictère grave de nos contrées.

La question du diagnostic différentiel peut encore être posée entre l'ictère grave et celui qui accompagne la *résorption purulente* ou *pyémie*; mais les conditions dans lesquelles celle-ci se produit suffisent ordinairement pour éviter l'erreur. — Quant à la confusion de l'ictère grave avec la *fièvre typhoïde*, il me suffit de rappeler que l'ictère est un épiphénomène exceptionnel dans cette dernière maladie, comme je l'ai dit précédemment, pour que la coïncidence

ne avec des accidents généraux analogues à ceux que l'on remarque dans le typhoïde doit faire soupçonner qu'il s'agit d'un ictère grave.

Pour la détermination du siège ou de la nature de l'ictère grave, on ne sait rien de bien précis, si ce n'est que, dans le plus grand nombre des cas, il y a atrophie du foie avec destruction des cellules hépatiques, indiquée par Rokitsky (1843), et décrite par Frerichs. J'ai observé à Lariboisière un fait de ce genre qui m'a offert les principaux traits d'une des formes de ce dernier observateur (*obs.* XIV de la *Thèse* Genouville, p. 84); le foie ne pesait que 675 grammes et n'offrait au microscope que des éléments vides, graisseux et sanguins, sans cellules. Mais à côté de ces faits, dans lesquels l'atrophie peut aussi bien être l'effet que la cause de la maladie, il en est d'autres dans lesquels l'atrophie fait défaut, comme cela ressort d'un Mémoire de Robin (*Gaz. méd.*, 1857) et des faits de Vallin rappelés plus haut. Qu'il en soit, l'atrophie du foie pourra être soupçonnée lorsque, avec les signes de l'ictère grave dont il a été question, l'hypochondre droit rendra un son mat au lieu de sa matité normale à la percussion. Ce signe existait chez le malade dont je viens de parler.

Les différentes formes de l'ictère grave se rencontrent indifféremment avec l'atrophie hépatique; elles dépendent surtout de la marche plus ou moins rapide et du début parfois insidieux de la maladie. Cette marche différente ne nous autorise Frerichs à établir deux formes, qu'il déclare ne différer que par l'évolution plus ou moins rapide, et que cependant il a décrites dans deux articles séparés : l'une, sous la dénomination d'*atrophie aiguë ou jaune*; l'autre, sous celles d'*hépatite diffuse, ictère grave* (*ouv. cité*).

**Pronostic.** — La maladie est presque toujours suivie de mort, survenant le plus souvent dans le coma. Quant aux faits rares de guérison qui ont été observés, comme ceux de Wieger et Fritz (*Union méd.*, 1856), on ne sait rien sur les conditions qui peuvent favoriser le retour à la santé.

#### **Ictère des nouveau-nés.**

Dans sa *Clinique des enfants nouveau-nés* (1838), Valleix considère avec Underwood ce prétendu ictère des nouveau-nés comme dû à la dégradation de la coloration rouge qui survient après la naissance. La couleur jaune du nouveau-né se montre en effet d'abord par places, et jamais sur toute la surface du corps dès le début, et cette coloration est d'autant plus prononcée que la coloration rouge primitive a été plus foncée. Cependant Valleix reconnaît qu'il s'agit quelquefois d'un véritable ictère; il se distingue du faux ictère dont il vient d'être question par la coloration jaune de la sclérotique, qui est d'un blanc sale ou à peine jaunâtre dans le faux ictère.

La explication, d'apparence rationnelle, est niée par Hervieux (*Thèse de médecine*, 1847), qui rejette de l'étiologie de l'ictère des nouveau-nés : l'ecchymose, le méconium signalé par Léger (*Thèse*, 1823), l'entérite, et l'engorgement du foie, comme Billard, etc. Il rappelle que, sur quarante-cinq observations qu'il a recueillies, il a trouvé tous les tissus colorés en jaune, sans que l'urine ait une couleur jaune ou brune et sans que les selles fussent décolorées. Hervieux cherche à expliquer cet ictère réel par l'hypothèse du trouble passager que présentent les fonctions du foie au commencement de la sécrétion biliaire.

Le pronostic est bénigne et dure de six à quinze jours, sans réclamer de traite-

**NOTIE.** — Voy. FOLIE.

**CO-CÆCAL.** — Voy. CÆCUM.

**OBUS.** — Voy. OCCLUSION INTESTINALE.



**ILIAQUES** (Régions). — Situées en dehors de la région hypogastrique, les régions iliaques correspondent principalement : à droite au cœcum, à gauche à l'S iliaque du colon, et par conséquent au péritoine et plus profondément au tissu cellulaire sous-péritonéal.

Ces régions sont le siège de douleurs occupant les muscles des parois abdominales, ou les organes plus profonds. Une douleur musculaire à la pression a imposé, selon Briquet, pour une douleur due à l'ovaire (*Traité de l'hystérie*, p. 238). Une douleur subite peut annoncer, principalement à droite, une péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcal, ou un PHLEGMON du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Des ABCÈS, des TUMEURS, ayant pris naissance dans les organes sous-jacents ou dans des organes voisins ou éloignés, peuvent également s'y rencontrer.

C'est aussi au niveau des fosses iliaques que se constatent le plus souvent la *desquamation scarlatineuse* (comme au voisinage de l'aiselle) et la *sudamina* dans la fièvre typhoïde, ainsi que le *gargouillement* à la percussion de la fosse iliaque droite dans la même maladie.

Les moyens d'exploration dans ces régions sont d'ailleurs les mêmes que dans les autres parties de l'ABDOMEN.

**ILLUSIONS.** — Voy. FOLIE, HALLUCINATIONS.

**IMPÉTIGO.** — Cette éruption, tantôt agglomérée sur une surface étendue, tantôt disséminée, est remarquable par des *pustules* nombreuses, petites, jaunes, rapprochées, et donnant lieu à un *suintement* abondant qui se dessèche en *croûtes* épaisses, inégales, d'un jaune verdâtre, souvent parentes en partie, souvent couleur de miel, et à la chute desquelles il survient, pendant un certain temps, des taches légères d'un rouge brunâtre, sans caractère consécutive.

*A la face*, chez les enfants, les jeunes gens ou les jeunes femmes à peau blanche, il est facile de reconnaître cette affection, qui siège fréquemment sur la moitié inférieure du visage. Chez l'homme adulte, les pustules et les croûtes d'impétigo qui s'observent au niveau du menton peuvent être prises pour des *sycosis*, qui ne serait pas caractérisé par des saillies tuberculeuses. Il ne faut pas oublier que l'éruption occupe fréquemment les *narines*, où les croûtes peuvent se renouveler pendant très-longtemps, mais sans être contagieuses. L'impétigo sur le nez se distingue de l'érysipèle de la face par le fait que la conjonctive oculaire peut également être le siège de l'éruption impétigineuse. Cette éruption sera facilement confondue avec une ophthalmie simple si l'on ne recherche pas avec soin les pustules aplaties, ordinairement visibles au milieu de la zone d'inflammation qui les entoure. L'impétigo n'est pas rare non plus à l'oreille.

Le diagnostic de l'impétigo est facilité par la recherche de sa cause primitive. Il peut s'être développé par *contagion*, selon Devergie, mais plus souvent au contact de *substances irritantes*, comme celles que manient les maçons, les épiciers, les fileurs de laine, les fileuses de cocons de vers à soie (Voy. BASSINE), les criniers, les ouvriers utilisant les vers arsenicaux, la chaux, etc. L'impétigo se rencontre aussi comme affection secondaire survenant dans de nombreuses affections cutanées, ordinairement parasitaires, comme la gale, la ténie, la teigne tonsurante; on l'observe également avec le lichen.

C'est surtout lorsqu'il occupe le *cuir chevelu* que l'on peut méconnaître l'impétigo, non pas lorsqu'il est caractérisé par des pustules, mais lorsqu'il est caractérisé par des croûtes qu'elles produisent constituent des plaques plus ou moins étendues. Cependant il est rare qu'on ne trouve pas, sur les limites de l'éruption,

les caractéristiques s'il s'agit d'un impétigo, soit les cupules du favus s'il s'agit d'une teigne favreuse. De plus, il faut se rappeler que les croûtes impétigineuses sont humides en beaucoup de points, tandis que celles du favus sont généralement sèches et présentent au microscope un agrégat de parasites aux (Bazin). On ne peut hésiter que lorsque la teigne favreuse et l'impétigo se rencontrent réunis, ce qui n'est pas très-rare.

Sur les membres, on a confondu l'impétigo ancien avec une *syphilide*. Cependant l'impétigo n'offre pas, comme les syphilides pustuleuses, des croûtes épaisses, adhérentes, reposant sur des chairs violacées, entourées çà et là de cicatrices dévies, et laissant à leur chute des ulcérations profondes (Alph. Cazenave). Il faut tenir compte des différentes formes d'impétigo qui ont été établies : d'après la disposition de l'éruption des pustules en groupe (*impetigo figurata*) ou sparses (*impetigo sparsa*), d'après l'aspect particulier des croûtes très-épaisses, d'un brun jaunâtre foncé, comparées à une écorce d'arbre (Villan) et couvrant parfois tout un membre, dont elles rendent les mouvements difficiles et douloureux : c'est l'*impetigo scabida*, que l'on observe chez des sujets à constitution détériorée. On a admis encore une forme fébrile avec symptômes locaux au début, et une forme chronique ; mais il y a une forme intermédiaire, quelque sorte, aux deux précédentes : c'est la plus ordinaire, celle qui, sans être précédée de fièvre, ne dure que quelques septénaires. La forme fébrile, plus rare, comprend l'*impetigo erysipelatodes*, qui se développe avec douleur, et dont les pustules reposent sur des plaques érysipélateuses largement développées : c'est l'*eczéma rubrum pseudo-exanthématique* de Bazin. On a appelé *impetigo larvalis* l'éruption pustuleuse qui occupe, chez les enfants très-jeunes, tantôt tout le visage, tantôt seulement une partie des joues, lèvres, des oreilles, le cuir chevelu ; ce sont les *croûtes de lait* du vulgaire. L'impétigo est ordinairement une affection légère ; car elle n'a de gravité que chez les sujets âgés ou d'une constitution détériorée, chez lesquels sa durée peut être indéfinie.

**IMPUISSANCE.** — L'impuissance, caractérisée par l'absence de tout phénomène vénérien et par l'impossibilité d'une érection convenable pour le coït, qu'une valeur diagnostique très-limitée comme signe de maladies internes. Il suffit de rappeler qu'elle est la conséquence fréquente des pertes séminales involontaires, des habitudes solitaires, de la glycosurie, des maladies de moelle et de plusieurs intoxications : alcoolique, par l'opium, par les sels phosphorés (Huss), et surtout de celle due aux inhalations par le charbon de carbone. Cullerier a signalé aussi l'impuissance comme conséquence d'atrophie des testicules par suite de la médication iodée (*Mém. de la Soc. de chirurgie*), et Vénot comme conséquence de l'orchite chronique, par l'absence de spermatozoaires (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1864).

**INANITION.** — Les phénomènes morbides qui résultent de l'inanition pendant le cours des maladies sont assez fréquemment des causes d'erreurs de diagnostic regrettables, surtout par les conséquences thérapeutiques qu'elles entraînent. On peut, en effet, attribuer à la maladie les effets de l'inanition par privation absolue des aliments ou par l'alimentation insuffisante qui résulte directement de la maladie. Or, il ressort des recherches expérimentales de Brown sur l'inanition (*Mém. de l'Acad. des sc.*, 1843) : que les deux causes de la privation absolue ou de l'insuffisance des aliments produisent des effets analogues, mais seulement plus lents s'il y a insuffisance d'alimentation, dans le cas de privation absolue ; qu'il y a diminution du poids du corps, et entraîne la mort dès que la perte est des quatre dixièmes du poids total ;

qu'il y a en même temps diminution de la caloricité; et que l' inanition (production graduelle de l'état d'inanition) est une cause de mort qu'il faut ajouter aux trois causes indiquées par Bichat.

Cette inanition, suivant Chossat, marche de front et en silence avec la maladie dans laquelle l'alimentation n'est pas à l'état normal. Elle arrive à terme quelquefois plus tôt et quelquefois plus tard que la maladie qui l'accompagne sourdement, et peut devenir ainsi maladie principale, là où elle n'avait d'abord été qu'épiphénomène. On la reconnaîtra, dès qu'on la voit au degré de destruction des chairs musculaires, et l'on pourra à chaque instant mesurer son importance actuelle par la perte relative du poids du corps.

Quoique ces *pesées* ne soient guère praticables dans la pratique, les renseignements par Chossat n'en sont pas moins très-importants, et la médecine en fait son profit.

Il résulte surtout de la dernière expérience de l'auteur (*Appendice à Mémoire*) un fait capital relatif à la fièvre qui, en maintenant la chaleur animale élevée, agirait comme le réchauffement artificiel, qui permet au corps de supporter, sans conséquences fâcheuses, une plus grande déperdition qu'en l'absence de tout réchauffement.

Dans un intéressant Mémoire (*Bull. gén. de thérap.*, 1854, t. XLVII), Chossat a appliqué à l'homme malade les importants résultats des expériences faites sur les animaux. Malgré la difficulté extrême du sujet, qui l'a empêché d'être suffisamment explicite sur plusieurs points, il en est arrivé à fournir des données diagnostiques très-utiles à la pratique. Il a insisté avec raison sur les signes suivants de l'inanition : destruction des chairs musculaires rapide, alors que la maladie cesse et que le malade reste soumis à la diminution connexe de la chaleur animale (avec sensibilité au froid), de la respiration et surtout de la circulation (pouls au-dessous de la fréquence normale, hémorrhagies (purpura); diminution et parfois fétidité des sécrétions, au contraire diarrhée, vomissement (épiphénomène très-important qui cesse avec l'alimentation), exagération de la faim, de la soif; délire, état adynamique qui rentre de celui dû à la maladie principale en ce qu'il se montre plus tard; il existe assez souvent, après les repas, une réaction fébrile accidentelle qu'il est nécessaire d'attribuer à sa véritable cause, l'inanition, afin de ne pas la considérer comme contre-indiquant l'alimentation.

**INAPPÉTENCE.** — Voy. FAIM.

**INCONTINENCE.** — On rencontre dans la pratique l'incontinence des matières fécales et l'incontinence d'urine. La première est la conséquence d'une paralysie du sphincter anal (Voy. PARALYSIES localisées), sauf dans le cas de névralgie ano-vésicale, dans laquelle l'anus s'entr'ouvre et laisse échapper les matières. Mais la seconde a une origine plus complexe et doit être examinée à part.

**Incontinence d'urine.**

Considérée comme élément de diagnostic, l'incontinence d'urine est un symptôme caractérisé par l'écoulement involontaire, et sans douleur, d'un liquide, qu'il ait lieu d'une manière continue ou intermittente.

A. — L'incontinence continue, dans laquelle l'urine coule goutte à goutte, n'est le plus souvent qu'un épiphénomène de la rétention d'urine dans la vessie, dont il a été question à part (Voy. RÉTENTIONS); alors l'incontinence a lieu par regorgement. D'autres fois, la vessie est vide, c'est-à-dire qu'elle n'écoule au dehors l'urine aussitôt qu'elle l'a reçue des uretères. Dans ce cas on ne perçoit ni tumeur, ni rénitence à l'hypogastre, et l'introduction de

de dans la vessie, qu'elle sent contractée sur elle-même, ne donne lieu à un écoulement notable d'urine, comme dans le cas de rétention.

Cette dernière espèce d'incontinence continue dépend manifestement du relâchement permanent du sphincter de la vessie; mais il faut en déterminer l'origine. On peut trouver cette origine simplement dans l'âge avancé des malades, ou dans des excès vénériens, la masturbation, l'abus des aphrodisiaques et des diurétiques, plus fréquemment dans une lésion de la vessie, une tumeur intra-pelvienne empêchant la vessie de se développer, dans une lésion des centres nerveux (cerveau, moelle épinière); enfin l'incontinence se voit pendant l'agonie d'une foule de maladies diverses, dans lesquelles elle constitue qu'un phénomène ultime très-secondaire.

2. — Lorsque l'incontinence d'urine est intermittente, c'est surtout la nuit et principalement chez les jeunes enfants qu'on l'observe. Elle paraît provenir d'abord de l'intensité du sommeil, qui les empêche de sentir le besoin d'uriner, puis l'incontinence nocturne devient une habitude plus ou moins fixe. Cette émission involontaire se remarque aussi accidentellement dans la grossesse au dernier degré, pendant l'accouchement, dans les violentes émotions, pendant le rire prolongé, les convulsions, l'asphyxie. Mais, dans ces diverses circonstances, l'incontinence ne mérite qu'une simple mention.

**INDIGESTION.** — Rangée par Chomel parmi les dyspepsies sous le nom de *dyspepsies accidentelles* (*Des Dyspepsies*, 1857), les indigestions consistent en des dérangements qui peuvent porter exclusivement ou simultanément sur l'estomac, ou sur les intestins.

**Éléments du diagnostic.** — La forme la plus légère (simple *digestion difficile*) est caractérisée par un sentiment de gêne et de pesanteur qui suit les repas et persiste souvent pendant plusieurs heures. Il s'y joint de la somnolence, de la fatigue, de la soif, un peu d'accélération du pouls; la bouche est pâteuse et sèche, et l'évacuation alvine qui suit est ordinairement plus copieuse, plus molle et plus odorante que dans l'état de santé. — A un degré plus prononcé, il y a distension de l'estomac, douleurs plus vives à l'épigastre, puis dans le reste du ventre, sonorité exagérée ou matité au niveau de l'estomac, nausées, vomiturations et quelquefois vomissements d'aliments. Des coliques vives surviennent, puis des évacuations de matières mal élaborées, souvent non digérées. — Dans un degré plus intense encore, l'indigestion se montre avec l'apparence d'une maladie très-grave, soit en raison des douleurs violentes dont l'épigastre et le ventre sont le siège, des vomissements, des selles, soit surtout en raison des phénomènes généraux qui s'y joignent.

**Inductions diagnostiques.** — L'idée d'une indigestion se présente naturellement à l'esprit lorsque l'on constate les phénomènes que je viens de rapporter. Leur apparition accidentelle, le soulagement qui suit les évacuations et surtout les vomissements, l'odeur aigre, vineuse ou hydro-sulfureuse des déjections, viennent corroborer le diagnostic. Il se trouve confirmé par les antécédents, si l'on apprend que les troubles observés ont été précédés, soit d'un excès d'aliments ou de boissons, soit de l'ingestion plus rare d'aliments de mauvaise qualité, soit d'une mastication et d'une insalivation insuffisante; s'il y a eu un rapprochement de plusieurs repas trop copieux, des perturbatrices accidentelles, ou une répugnance idiosyncrasique des aliments digestifs pour certains aliments (Chomel).

Les données différentes suffisent, ce me semble, pour qu'il soit inutile d'examiner le diagnostic différentiel de l'indigestion avec la gastrite, l'engouement

ou l'occlusion de l'intestin, la colique hépatique, le choléra sporadique, l'empoisonnement.

Dans les cas rares où survient la congestion cérébrale comme complication on peut croire à une hémorrhagie du cerveau, et il en est de même des sueurs froides, les défaillances ou la syncope accompagnent l'indigestion à début, comme on le voit chez les vieillards. Mais la percussion de l'épigastre nonçant la plénitude de l'estomac, et la connaissance des antécédents lèvent les doutes.

La rupture de l'estomac est une complication très-rare, mais aussi grave, puisqu'il en résulte une péritonite rapidement mortelle, qui ne sera lement reconnue que si l'indigestion a été d'abord admise. Le diagnostic est plus difficile chez les enfants, lorsque l'indigestion se compliquera de complications, dont la véritable cause pourra échapper.

3° *Pronostic.* — L'indigestion est une affection bénigne, sauf dans les cas de complications, et principalement dans les cas de rupture de l'estomac suite de sa distension excessive, accident heureusement fort rare (*Voy. LES TUMES*).

**INDURATION** (des valvules du cœur). — La difficulté ou même l'impossibilité de rencontrer des indurations valvulaires du cœur comme lésion empêche de préciser les caractères diagnostiques que l'on doit rattacher à la lésion. Les rugosités qui accompagnent l'induration sont bien, dans la plupart des cas, en rapport avec la rudesse d'un souffle anormal; mais cette règle n'est pas absolue, des indurations très-prononcées pouvant donner lieu à un souffle musical très-doux, et des rétrécissements sans indurations très-prononcés un souffle très-rude, avec bruit de râpe ou de scie.

**INFECTION.** — Je pourrais répéter ici, à propos de l'infection considérée comme mode de transmission miasmatique de certaines maladies, ce que j'ai dit de la contagion, autre mode de transmission par le contact (*Voy. CONTAGION*, p. 232). Je n'ai pas d'ailleurs à discuter cette question étiologique, mais seulement à rappeler que l'on a donné le nom d'infection *miasmatique*, *purulente* ou *putride*, à trois ordres de faits différents; les deux derniers constituent deux états pathologiques particuliers.

L'*infection purulente*, dont il est question à l'article PYÉMIE, est caractérisée par des symptômes identiques, que les accidents résultent de l'injection du pus dans les veines, de la résorption d'une collection purulente, ou de pus injecté dans un organe, ou enfin de la rupture d'un abcès dans un gros tronc veineux (*Voy. p. 8*). On ne saurait donc plus admettre que la phlébite en est l'occasion nécessaire.

Quant à l'*infection putride*, qui résulte de la résorption des liquides viciés par la putréfaction des suppurations chroniques, elle a pour caractère une marche lente, surtout remarquable par les phénomènes de la fièvre hectique.

**INFLAMMATION.** — Le mot inflammation a été interprété diversement dans les dernières années. Nous ne saurions négliger de rappeler ces différentes manières de voir; car l'inflammation est un fait si général dans la science de la pathologie, qu'il est indispensable de s'en faire une idée aussi précise que possible.

Sans rappeler les anciennes théories, antérieures aux recherches microscopiques et expérimentales modernes sur la circulation capillaire, je mentionnerai les deux théories principales qui sont aujourd'hui en présence, et dont la discussion démontre toutes les difficultés du problème. 1° Il y a d'abord la théorie de Virchow, dite *cellulaire* ou de l'irritation formatrice, caractérisée par

maque bien déterminée. La théorie de l'exsudat considérée comme principale de la lésion de l'inflammation, théorie adoptée généralement, concorde bien mieux avec les faits observés, dans lesquels la couleur et les signes qui l'accompagnent caractérisent le début inflammatoire des tissus vascularisés. L'objection faite par Virchow de l'inflammation ne pouvant se développer dans les parties dépourvues de vaisseaux, comme le cartilage, démontre simplement que l'inflammation se développe sans une participation préalable de la circulation capillaire; elle ne prouve rien contre le fait général des modifications congestive, sécrétoire des organes vascularisés qui s'enflamment. Il résulte de là qu'il faut de voir de Virchow que tout travail pathologique aigu dans l'organisme est une inflammation, jusqu'aux périodes menstruelles physiologiques comprises, ce qui évidemment est exagéré.

C'est un ouvrage essentiellement pratique de la nature de celui-ci, je n'aimerais pas entrer dans une discussion approfondie de cette question capitale de physiologie. Il est clair que le dernier mot n'est pas dit encore à son sujet. Virchow qui rejette les deux théories rappelées tout à l'heure, en cherchant à démontrer que les globules de pus sont dus aux globules blancs du sang, ne voit pas qu'il a vu s'échapper des vaisseaux capillaires par de prétendues stomates, et qu'il n'a fait qu'illustrer l'illusion n'avoir été qu'une de ces illusions d'optique assez fréquentes que l'on étudie les phénomènes infiniment petits. La question du pus produit par l'inflammation est d'ailleurs peu élucidée encore (*Voy. LEUCOCYTES, PUS*). L'inflammation a une marche ou une évolution qui varie tellement suivant les causes, affecté, que son étude, sous ce rapport, ne serait ici d'aucune utilité. La résolution, de suppuration ou de gangrène, elle constitue la grande question des phlegmasies, qui sont spontanées ou secondaires, et dont il me paraît inutile de faire une sèche énumération.

**CLASSEMENT (Région).** — *Voy. AINES.*

**REMARQUE.** — *Voy. NERVEUX (Appareil).*



**INOSITE, INOSURIE.** — L'inosite qui, par sa composition chimique appartient à la famille des sucres et dont la formation semble étroitement liée à la fonction glycogénique du foie, peut quelquefois se montrer dans l'urine. Ce phénomène a été désigné sous le nom d'*inosurie* par Gallois, dans un Mémoire couronné par l'Académie des sciences (1864). Dans l'état de santé, l'inosite n'est pas en défaut dans l'urine.

Comme Cloetta, Lebert et Neukomm, Gallois a trouvé l'inosite accompagnée d'albumine ou de glycose. Cette association avec l'albumine ou la glycose est constante, et l'inosite ne se trouve pas en dehors de ces conditions. Et comme l'inosurie ne constitue qu'un simple épiphénomène qui est sans expression symptomatique, il est peu utile de la rechercher dans la pratique, d'autant moins que sa constatation exige des manipulations chimiques nombreuses.

**INSENSIBILITÉ.** — Voy. ANESTHÉSIE.

**INSOMNIE.** — Voy. SOMMEIL.

**INSPECTION.** — Envisagée d'une manière générale, l'inspection est un mode d'exploration qui s'applique à toutes les données diagnostiques que l'on peut saisir. Elle fait constater l'*habitude extérieure* dans tous ses détails, les expressions variées que provoquent les *douleurs*, une foule de symptômes au moment de leur production, et enfin les caractères physiques de toutes les matières excrétées.

L'inspection permet encore de constater l'aspect de certaines parties profondes grâce à certains instruments, tels que l'abaisse-langue (que le doigt peut souvent suppléer) et les différents spéculums du vagin, de l'anus, du conduit urétral, qui font arriver le regard directement jusqu'à des parties d'abord cachées et que Fonssagrives a eu l'ingénieuse idée d'éclairer au moyen de l'électricité (Voy. ORGANOSCOPE). D'autres appareils agrandissent encore le champ de l'inspection exploratrice, comme l'OPHTHALMOSCOPE, le LARYNGOSCOPE, l'ENDOSCOPE, etc.

Enfin, la loupe et le microscope étendent les limites ordinaires dans lesquelles s'exerce l'inspection : la loupe, en permettant de découvrir à la surface cutanée les vrais caractères de certaines éruptions ou lésions d'abord douteuses et des parasites à peine visibles à l'œil nu ; le microscope, en révélant dans les matières ou liquides excrétés, dans les exsudats, dans le sang, des nouveaux éléments de diagnostic.

A propos de chaque région, de chaque organe, ou des différentes maladies, on a été question des signes nombreux que l'inspection peut recueillir, et pour la plupart d'entre eux, une courte description a pu suffire, leur constatation pouvant se faire facilement sans méthode particulière. Mais il n'en saurait être de même des signes fournis par l'inspection de la poitrine, dont l'emploi doit être soumis à certaines règles, si l'on veut en obtenir des résultats satisfaisants.

### Inspection de la poitrine.

Depuis les premières recherches que j'ai publiées sur la configuration de la poitrine (*Thèse*, 1835 ; *Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, 1838), j'ai souvent été à même de confirmer les résultats alors nouveaux qu'elles renfermaient. Quoique l'ensemble de ces résultats ait été reproduit par un certain nombre d'auteurs, notamment par le docteur Walshe, de Londres (*Diseases of the lungs and the heart*, 1860), et par les auteurs du *Compendium*, je crois devoir en donner un exposé succinct, en résumant les travaux qui ont été faits, soit sur la configuration de la poitrine, soit sur l'inspection des mouvements respiratoires ou circulatoires. Je n'exposerai, dans ce simple aperçu, que les données les plus utiles à la pratique.

**1<sup>er</sup> But.** — L'inspection du thorax a pour but de faire constater, outre les changements de couleur que la peau peut y offrir, les modifications pathologiques extérieures que cette partie du tronc présente, soit dans ses mouvements fonctionnels, soit dans sa configuration et dans son volume.

**Méthode d'exploration.** — Pour juger de l'état des mouvements fonctionnels du thorax, on devra d'abord tenir compte de l'*étendue*, de la *durée* relative et du *rhythme* des mouvements d'inspiration et d'expiration ; on aura de les examiner, chez l'homme, dans toute la partie antérieure de la poitrine mise à nu, et principalement à la partie supérieure et inférieure du thorax. L'exploration devra s'effectuer, chez la femme, dans les régions supérieures, latérales et inférieures, exploration successive toujours facile, parfaitement suffisante, qui n'obligera pas à découvrir complètement la poitrine, ce qui est souvent commandé par la plus simple convenance.

Quant aux *mouvements d'expansion*, toujours plus ou moins limités, qui consistent en pulsations visibles des organes circulatoires, on aura surtout à déterminer leur *siège*, leur *étendue*, leur *intensité* et leur *rhythme*.

Pour apprécier convenablement la configuration de la poitrine, il est indispensable que le malade soit placé dans une position favorable à l'exploration, à moins qu'il n'existe une déformation des plus prononcées, ce qui n'est pas ordinaire, ou une déformation très-limitée, la saillie d'un abcès, par exemple.

En général, il faut une certaine attention pour constater les signes fournis par l'inspection de la poitrine, et consistant en *saillies* ou en *dilatations* anormales, plus rarement en *dépansions* manifestes : les unes et les autres plus ou moins étendues, et souvent appréciables seulement par la comparaison des deux côtés de la poitrine entre eux. C'est cette comparaison qui rend nécessaire une exploration méthodique.

On peut examiner le malade couché dans son lit, assis sur son séant, debout assis sur un siège. Dans ces différentes conditions, il faut que le tronc soit dans sa rectitude, la tête droite, et que les bras soient abandonnés à eux-mêmes sur les côtés. Si le malade est couché sur le dos, position qui ne permet d'examiner que les régions antérieures, on a soin d'égaler d'abord le plan du lit sur lequel il repose. Après avoir constaté l'état des régions moyennes (sternale en avant, spinale en arrière), on compare les régions latérales correspondantes en plaçant en face, et l'on reconnaît ainsi les défauts de symétrie, soit dans le relief des parties, soit dans leur niveau respectif (épaules, mamelons), soit dans l'éloignement réciproque de la ligne médiane (régions inférieures et externes).

**Signes.** — Les modifications pathologiques que l'inspection des mouvements respiratoires et de la configuration de la poitrine permet de reconnaître, pourront être bien comprises que si l'on tient compte des conditions qui existent dans l'état physiologique, et que je vais d'abord succinctement rappeler.

**a.** — Dans l'état sain, les mouvements respiratoires visibles s'effectuent : l'inspiration, par le soulèvement des côtes et le refoulement simultané des espaces abdominaux qui font plus ou moins saillie au-dessous des côtes ; l'expiration, par le retour de ces parties à leur position première. Ce mécanisme respiratoire est lent, gradué, régulier, et s'exécute au niveau des côtes dans toute la hauteur de la poitrine, où il constitue la respiration *costale*, plus prononcée chez la femme que chez l'homme au niveau des côtes supérieures. C'est parce que, chez elle, la dilatation habituelle est la plus forte. Cette expansion costale est égale des deux côtés et s'accompagne d'une dépression des espaces intercostaux plus grande que dans l'expiration. Inférieurement, l'expansion inspiratrice de la partie supérieure du ventre répond à la contraction du dia-

phragme (respiration diaphragmatique), et elle est également uniforme des deux côtés. Quant aux mouvements pulsatifs du cœur et des gros vaisseaux intra-thoraciques, ceux du cœur seuls sont quelquefois, mais seulement chez des sujets maigres, sensibles au niveau des espaces intercostaux gauches, comme le sternum, et surtout au niveau de la pointe de l'organe. Telles sont les données physiologiques qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'on explore la poitrine.

Les données relatives à la configuration physiologique du thorax ont plus d'importance encore que les précédentes, puisque cette configuration est la plus d'être aussi fréquemment régulière qu'on l'a dit, comme je l'ai démontré dans mes premières recherches.

Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer un certain nombre d'anomalies physiologiques que l'on pourrait prendre pour des anomalies morbides.

Telle est d'abord la différence de relief que peuvent présenter les deux côtés de la poitrine antérieurement ou postérieurement, et d'où résultent fréquemment le relief du côté gauche en avant, et celui au contraire du côté droit en arrière. On trouve ces saillies isolément ou ensemble chez un assez grand nombre de sujets, et paraissant être souvent indépendantes de déviations du rachis (*Voy.* p. 286). Ce n'est que très-exceptionnellement que l'on trouve le côté gauche en arrière et surtout le côté droit en avant relativement plus développés que les côtés opposés. Ces saillies dépendent d'une exagération relative de la courbure des côtes; cependant le relief antérieur gauche de la poitrine peut être dû à une simple exagération des parties molles à son niveau chez des sujets gauchers.

Le cartilage de la deuxième vraie côte peut aussi former une saillie relative peu étendue, isolée et mal délimitée, à droite ou à gauche du sternum; mais il est plus ordinaire de rencontrer les deux cartilages semblables saillants en même temps, et réunis alors par une saillie transversale du sternum à leur niveau. Ce relief supérieur du sternum peut être isolé et constituer une saillie en bas plus ou moins considérable, sans qu'on doive l'attribuer à une cause pathologique. Il en est de même des dépressions, parfois profondes, que présentent assez souvent la partie inférieure du même os.

Il n'est pas extrêmement rare de rencontrer le mamelon gauche situé deux ou trois centimètres plus bas que le droit.

Ces défauts de la configuration physiologique de la poitrine, que j'ai désignés *hétéromorphies*, et qui peuvent être isolés ou groupés sur un même thorax, sont les plus importants à connaître. La saillie antérieure gauche est celle qui, par sa fréquence, doit fixer plus particulièrement l'attention. Postérieurement à mes recherches, Sibson a pourtant trop généralisé ce fait, en considérant comme constante la saillie de l'éminence pectorale gauche antérieure (*Lond. med. Gaz.*, 1848).

b. — Dans l'état pathologique, on constate par l'inspection thoracique des sortes de données diagnostiques : les unes, analogues aux données physiologiques signalées plus haut, et par conséquent d'une valeur douteuse; les autres, différentes de celles que l'on rencontre dans l'état sain, et par conséquent pathognomoniques.

Les modifications pathologiques des mouvements respiratoires consistent en un surcroît ou une diminution d'activité ou d'énergie, ou bien en une perturbation des mouvements normaux. Ces modifications sont *générales ou partielles* : elles sont générales, soit lorsqu'une dyspnée quelconque accélère ou rend simplement plus étendus et plus fréquents les mouvements respiratoires; soit lorsqu'elles sont irrégulières, saccadées, singulières. Les phénomènes sont partiels, et

arriver que les pulsations soient perçues au niveau d'un empyème  
Anan, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1858), sans que l'on puisse expliquer  
icularité d'une manière satisfaisante.

*téromorphies pathologiques* qui ressemblent à des *hétéromorphies*  
ques semblables, sont difficilement distinguées de ces dernières.  
t : la saillie antérieure gauche qui serait due à une hypertrophie du  
le du deuxième cartilage droit produite par un anévrysme de la crosse  
; les saillies qui seraient la conséquence des épanchements dans les  
thoraciques au niveau des saillies physiologiques; les dépressions  
ontraire à la résorption de ces épanchements, au niveau des dépres-  
tives physiologiques. Il résulte de cette confusion des erreurs de tous

Pour les éviter, il faut d'abord tenir compte de la fréquence chez  
sain de l'hétéromorphie constatée, ce qui doit la faire soupçonner  
comme étant physiologique, à moins, ce qui est rare, que l'on n'ait  
on de reconnaître précédemment, avant l'invasion de la maladie, la  
ion régulière de la poitrine; à moins encore que l'on n'ait vu mani-  
paraître et croître, ou décroître, l'hétéromorphie dans le cours de  
: preuves manifestes de sa nature pathologique. Seulement il ne faut  
de vue qu'une saillie physiologique pourrait se transformer en saillie  
ue en présentant les particularités dont je viens de parler.

aux hétéromorphies pathologiques sans analogues dans l'état sain,  
rait y avoir de doutes sur leur importance. Ce sont d'abord : la  
s régions *sus et sous-claviculaires*, due à l'emphysème pulmonaire,  
nt de certains *espaces intercostaux* antérieurs, chez des individus  
atteints de la même maladie ou de toute autre lésion intra-thoracique  
ocalement une pression de dedans en dehors; telles sont encore la  
la base d'un côté de la poitrine, en avant et *en dehors*, par suite  
chement pleurétique, celles de la base de la cage thoracique au ni-  
hunchardes par suite d'affections du foie, de la rate, etc., et les

ou affections). — Je n'ai pas joint ces INTOXICATIONS, quoique les fièvres intermittentes, conséquence d'une intoxication *paludéenne* jouent un grand rôle dans la pathogénie des maladies. La décomposition des matières végétales se produit. Mais ce rôle étiologique incontestable, ni délimité, plusieurs maladies des pays chauds comme de nature miasmatique et par les causes toutes différentes. Sans donc chercher l'essence est aussi incertaine, je réunis les fièvres ou affections intermittentes, les états intermittents, en insistant sur les fièvres inter-

mittentes, de rémissions, de secondaires, mais qui cependant en ont imposé quelques-unes véritablement intermittentes.

Maladies intermittentes et régulières aux époques des *larvées*, quoiqu'il ne s'agisse pas ici de *névralgies*, des *céphalées*, des *convulsions*, de la périodicité que les fièvres d'accès, mais on a rapporté des faits de véritables fièvres intermittentes, lents d'hépatite, d'asthme, de dysenterie, de pleuro-pneumonie, de myélite (Goudard, 1856), ou de pneumonie dite intermittente, on ont observé des exemples (*Bulletin général*). On a noté ces différentes affections des fièvres intermittentes aussi par le sulfate de quinine, et la fièvre pernicieuse.

Je me contente de signaler, il y a la grande importance, et à laquelle je consacre cet article.

On trouve dans des lieux bas et humides où se trouvent absorbés par les voies respiratoires, est la cause de fièvres intermittentes ou d'accès. Nous ne devons pas en chercher d'autres causes. Ce qui doit être rappelé ici, c'est que ces effluves devaient leur action toxique à ce qu'ils étaient mélangés de miasmes dus à la décomposition de matières animales, et non à des principes chimiquement petits et échappant par cela même à l'analyse chimique. Des recherches suivies ont démontré l'existence de gaz plus ou moins carbonés et l'azote (Wollaston), l'hydrogène (P. Savi). Mais ce n'était évidemment pas cet élément était-il plutôt la *matière albumineuse* ? d'autres ont constaté dans les vapeurs condenses des substances malsaines ? C'est ce qui ne put être prouvé. Ce n'est que lorsque la supposition ancienne de la présence de miasmes et d'animalcules dans les effluves a été abandonnée, qu'on a recueilli en faisant passer l'air avoisinant la source malsaine (*Rech. expériment. sur la nature des miasmes*). Il a trouvé dans cet acide, après une foule

**INTELLIGENCE.** — Les facultés intellectuelles peuvent être abolies, exaltées ou perversies dans les maladies; et ces modifications sont variées.

La diminution ou l'abolition de l'intelligence, tantôt constitue, comme la *démence*, l'*idiotie* (*Voy. FOLIE*), et tantôt caractérise, simple ou complexe, comme le *VERTIGE*, la *lipothymie*, la *SYNCOPE*, la *CONNAISSANCE*, la *SOMNOLENCE* morbide, le *COMA*. — L'exaltation et les perversions des facultés intellectuelles constituent le *DÉLIRE* de la folie et des névroses.

Ces différentes manifestations, qui caractérisent les troubles de l'intelligence, ont été traitées ailleurs dans cet ouvrage au point de vue diagnostic; cependant il est une question particulière que je veux rappeler, c'est celle de la constatation de l'affaiblissement intellectuel à son début. Le premier signe est le signe principal de la *démence* proprement dite; on le trouve aussi dans la *pachyméningite*, le *ramollissement* du cerveau, dans les *paralysies* involontaires, dans la *paralysie générale* des aliénés, dans le phénomène consécutif, à la suite de l'*hémorrhagie cérébrale* ou des *fièvres typhoïde, peste, etc.*

Lorsqu'il existe un affaiblissement intellectuel peu prononcé, il est difficile de le constater; le malade répond raisonnablement aux questions simples qu'on lui pose, et que cependant on constate un affaiblissement évident de la mémoire, du raisonnement dès que l'on veut obtenir de lui des renseignements sur les faits antérieurs, le nombre de jours écoulés entre deux dates, les dates, etc. C'est un point de pratique qui a une réelle importance; s'agit-il, par exemple, de savoir si une paralysie générale s'accompagne de *démence*. J'ai vu à l'hôpital considérer comme *paralysie sans démence* une paralysie générale qui s'accompagnait de signes de *démence* que l'on n'avait pas recherchés avec assez d'attention.

**INTERCOSTALES (Régions).** — Les espaces intercostaux sont visibles à la partie antérieure du thorax chez les personnes qui ont une poitrine large.



les présentant des intermittences, en insistant sur les motifs inter-  
proprement dites.

abord des affections qui présentent des rémissions, de secondaire  
dans la plupart des cas, mais qui cependant en ont imposé quelque-  
r régularité pour des maladies véritablement intermittentes.

plus, les phénomènes pathologiques intermittents et réguliers aux-  
donné le nom de *fièvres larvées*, quoiqu'il ne s'agisse pas ici de  
tous les cas. Ce sont des *névralgies*, des *céphalées*, des *convul-*  
*hoquets*, ayant la même périodicité que les fièvres d'accès, mais  
ment fébrile. On a encore rapporté des faits de véritables fièvres  
bations nocturnes d'accidents d'hépatite, d'asthme, de dysenterie,  
e aiguë, de rhumatisme, de pleuro-pneumonie, de myélite (Gou-  
le d'Athènes et Gaz. heb., 1856), ou de pneumonie dite intermit-  
mine L. Gros et Lecointe en ont observé des exemples (*Bulletin génér.*  
*eut.*, 1856). On a rapproché ces différentes affections des fièvres  
rce qu'elles guérissent rapidement aussi par le sulfate de quinine, et  
ectent quelquefois la forme pernicieuse.

rs de ces affections que je me contente de signaler, il y a la grande  
*fièvres intermittentes*, qui a une tout autre importance, et à laquelle  
plus particulièrement cet article.

**Intermittentes.**

des effluves qui émanent des lieux bas et humides où se trouvent  
tagnantes, et qui sont absorbés par les voies respiratoires, est la  
testable, et la principale, des fièvres intermittentes ou d'accès. Nous  
s loin quelles en sont les autres causes. Ce qui doit être rappelé ici,  
viction déjà ancienne que ces effluves devaient leur action toxique à  
invisibles de végétaux, et qu'ils étaient mélangés de miasmes dus à  
osition d'animalcules infiniment petits et échappant par cela même  
statation même minutieusement faite. Des recherches suivies ont

d'expériences, des débris organiques qui, vus au microscope, consti-  
framment de végétaux, des grains de pollen, des parties ou des débris



Fig. 100. — Débris de végétaux (feuilles, fibres, cellules) recueillis dans les effluves condensés (Gigot-Suard).

maux dans les effluves marécageux, ils n'en méritent pas moins une  
attention. D'autres recherches bien autrement importantes, si elles é-  
firmées par d'autres observateurs, ont été faites par Salisbury, qui au

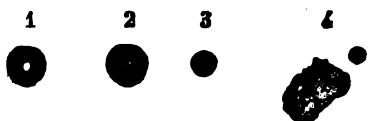


Fig. 101. — Grains de pollen trouvés dans les effluves marécageux au milieu d'autres débris végétaux et animaux (Gigot-Suard).



Fig. 102. — Débris d'insectes incor- milieu d'autres débris dans les-  
cageux (Gigot-Suard).

dans les crachats et les urines des fébricitants, comme à la surface d  
marécageux où vivaient ces malades, des spores ou cellules d'un végét  
microscopique de la nature des algues et du type *palmella* (*American*



Fig. 103. — Tardigrades trouvés au milieu des débris végétaux des effluves marécageux (Gigot-Suard).

intermittente simple. Des accès caractérisés par trois stades distincts : d  
frisson léger ou violent, puis une chaleur exagérée avec fréquence et  
du pouls, et enfin une sueur plus ou moins abondante ; la durée limit

inconnus, des tardigrades  
des infusoires qu'il a rep-  
que nous reproduisons d-  
res 100, 101, 102, 103,

Quoique ces intéressa-  
ches de Gigot-Suard ne  
confirmer le fait généra-  
sance des débris végéta-

*medic. sc.*, 1866, et  
d'hygiène, 1868,

Passons mainte-  
question principa-  
article : le diag-  
fièvres intermitt-

1° *Éléments du*  
tic. — Il y a peu d-  
qui présentent, d-  
éléments diagnosti-  
tant de netteté qu'

qui est en moyenne d'une à six ou sept heures, et leur retour périodique si souvent très-régulier aux mêmes heures, soit chaque jour (type *quotidien*), soit tous les deux jours (type *tierce*), soit tous les trois jours (type *quarte*), soit enfin après une intermission beaucoup plus éloignée, ce qui est relativement rare (type *septane*) : tels sont

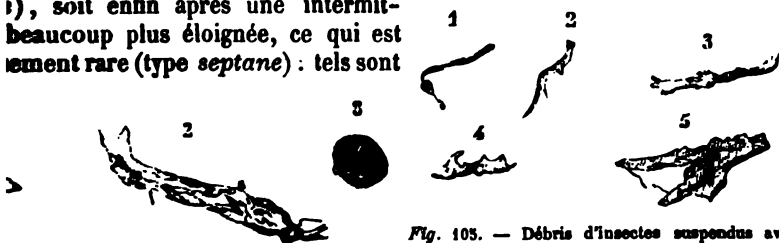


Fig. 105. — Débris d'insectes suspendus avec d'autres débris végétaux dans les effluves des marais (Gigot-Suard).

104. — Infusoires des effluves (Gigot-Suard).

phénomènes fondamentaux des fièvres intermittentes simples. Il se joint à ces éléments principaux du diagnostic une foule d'autres données, notamment relative à la température du corps constatée à l'aide du thermomètre; il en résulte dans ce qui va suivre.

**Inductions diagnostiques.** — Si les accès bien caractérisés de la fièvre intermittente rendent facile le diagnostic de la maladie, il ne faut pas perdre de vue qu'avant l'apparition du premier accès, il peut y avoir pendant sept, huit et dix jours un embarras gastrique fébrile qui rend au premier abord le diagnostic impossible. Ce début n'est pas rare. Griesinger, qui a bien résumé les fièvres des marais (*Traité des malad. infectieuses*, trad. par Boute, 1868), l'a constaté dans le quart des faits (cent deux fois sur deux cent vingt-cinq). Les accès une fois déclarés, les différentes phases des accès sont considérées en eux-mêmes, ou les intermittences qui les séparent, sont les deux conditions qu'il faut examiner.

Il est évident que si l'on assiste pour ainsi dire à l'évolution complète d'un accès de fièvre intermittente simple avec ses trois stades successifs, on ne peut méconnaître la maladie, en fût-elle à son début : au premier accès. Son invasion est imprévue, le peu de durée des phénomènes fébriles finissant par des sueurs, qui sont suivies d'un état de bien-être normal ou d'un léger malaise. On vient bientôt démontrer, en effet, qu'il s'agit d'un accès de fièvre intermittente. — Un excellent signe au début de l'accès est l'ascension rapide du thermomètre placé sous l'aisselle, ascension qui, en une heure, peut atteindre 41° (la température normale étant 37°,5); la fin de l'accès s'accuse par une diminution aussi rapide et aussi accentuée que l'ascension. Ces caractères ne se rencontrent pas dans la fièvre purulente ou pyémie, dont les frissons ressemblent à ceux de la fièvre intermittente, mais où l'augmentation de la chaleur dure plusieurs heures et par conséquent beaucoup moins rapide, de même que l'ascension. Cet examen thermométrique peut surtout avoir son utilité lorsque la fièvre intermittente présente, comme cela arrive quelquefois, des particularités qu'il ne faut pas perdre de vue, et qui ont fait considérer la fièvre comme *anormale*. Ces accès peuvent, par exemple, ne pas être complets, un stade manquant ou se montrant seul; et ils peuvent être modifiés, la succession des stades étant intervertie.

La périodicité des accès, quelle que soit leur forme, a aussi une très-grande importance diagnostique, surtout comme antécédent. Mais il ne faut pas que la succession des accès ne représente pas toujours les types les plus ordinaires que j'ai rappelés plus haut. En effet, en cas d'accès quotidiens,

le troisième peut ressembler au premier, le quatrième au deuxième de suite, ce qui constitue la fièvre *double tierce* ; tandis que la dernière est caractérisée par un accès le premier et le deuxième jour, le troisième, accès les deux jours suivants, apyrexie le sixième jour, et des particularités faciles à constater.

Le diagnostic devient moins facile lorsqu'un accès survient avant d'être fini, ce qui constitue la fièvre dite *subintrante*. Il en est de même de certaines fièvres qui ont été désignées par Mèlier sous les noms de fièvres *à courtes périodes*, et qui se caractérisent par plusieurs accès successifs de vingt-quatre heures, accès fort courts et ne consistant souvent qu'en une rapide de chaleur suivie de sueur (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1843).

Il résulte de là que l'étude des antécédents révèle la *marche* du malade, marche qui confirme le diagnostic en indiquant le type de la fièvre. Les antécédents *étiologiques* n'ont pas une valeur moindre.

Sous ce dernier rapport, la condition des localités dans lesquelles l'endémie occupe le premier rang. Je rappellerai d'abord les localités dans lesquelles une végétation puissante se développe sous l'influence de la chaleur et de l'humidité. Dans nos contrées, le voisinage d'un étang ou d'une eau stagnante, celles dans lesquelles on fait rouir le chanvre, les marais doux, mais surtout les marais mixtes, dans lesquels l'eau salée : l'eau douce, comme Fodéré et principalement Mèlier (*Mém. de méd.*, t. XIII, 1847) l'ont démontré, plus rarement l'habitation (nouvellement construite (ainsi que j'en ai vu deux exemples) et signalé Béringuier, la culture des terrains argileux, seraient les plus ordinaires des effluves et des miasmes produisant les fièvres intermittentes. Elles se montrent de préférence au printemps et à l'automne, et leur développement est favorisée par l'existence d'attaques antérieures. On a observé dernièrement à Paris des accidents intermittents qui paraissent avoir leur origine dans les percements des rues nouvelles, nécessitant des terrains étendus, dans le voisinage desquels les affections intermittentes ont été observées. Trousseau fait remarquer à ce propos (*Clin. méd.*, 1847) que « plus d'un médecin a été surpris par des cas de fièvres intermittentes qu'il était peu habitué à rencontrer dans la pratique. »

Il y a des circonstances où l'on ne trouvera pas d'abord ces conditions, soit endémiques, soit accidentelles, pour expliquer l'intermittence ; il faudra les chercher alors dans les contrées voisines d'où les miasmes peuvent être transportés par les vents qui en proviennent. On n'oubliera pas qu'un individu atteint de fièvre intermittente peut habiter un pays très-sain, mais avoir séjourné récemment dans un foyer d'émanations paludéennes.

Parmi les autres données étiologiques, qui sont accessoires auparavant, je dois cependant signaler, comme des causes faciles à constater, la transmission de la maladie d'une nourrice à l'enfant qu'elle allaite (*Éb. méd.*, 1848), et les opérations faites sur les organes urinaires, qui sont souvent suivies d'accidents intermittents.

Dans les faits de diagnostic douteux qui résultent quelquefois de l'absence d'accès ou de leur apparition mal accentuée, on peut vraiment se méprendre sur la nature des accidents observés, en supposant que l'on soit en présence d'une fièvre intermittente, en supposant que l'on soit en présence d'une fièvre intermittente, en supposant que l'on soit en présence d'une fièvre intermittente. L'essence de la fièvre intermittente ; car dès lors tout fièvre intermittente, toute sueur précédée de troubles fébriles même peu accusés, dans le cours d'une autre maladie, éveillent suffisamment l'attention.

les recherches dans leur véritable voie. Quant à la constatation des mêmes phénomènes dans un pays où l'endémicité des fièvres intermittentes est habituelle, admettre l'existence de la maladie d'après le plus léger indice : telle est l'importance absolue d'une bonne pratique, règle d'une importance majeure au point de vue de la médication. Cette médication elle-même viendra éclairer le diagnostic ; car la disparition des accidents observés à la suite de l'administration de quinquina suffira pour démontrer leur nature.

Il ne suffit de rappeler que l'on peut croire à des accès intermittents dans les cas de *fièvre purulente*, soit traumatique, soit puerpérale, ou lorsqu'il y a des frissons quotidiens chez les tuberculeux arrivés à la troisième période de la *phthisie*. Dans ces différentes circonstances, en effet, les conditions pathologiques dans lesquelles surviennent les accès ou les frissons, éclairent le praticien, ou du moins le font hésiter tout d'abord à diagnostiquer une fièvre intermittente. D'un autre côté, il ne faut pas qu'il méconnaisse l'intermittence fébrile lorsqu'elle existe réellement, erreur de diagnostic qui pourrait être grave. On doit toujours penser à établir la réalité de l'intermittence, à la rechercher, soit que l'on observe le malade pour la première fois au début du stade de chaleur, qui pourrait faire admettre une fièvre continue simple ou symptomatique, soit au moment de l'APYREXIE, qui pourrait faire croire à l'absence d'une maladie fébrile, comme je l'ai déjà dit ailleurs. La fièvre où l'on observe, ou bien celle d'où provient le malade, est une considération d'une grande importance qui aide à se prononcer.

Le degré d'intensité des accès est une condition qui influe nécessairement sur la facilité du diagnostic des fièvres intermittentes. — Il en est de même de l'augmentation de la rate (intumescence), regardée par le plus grand nombre comme la conséquence des accès et non comme leur origine. Aussi cette augmentation du volume de la rate, qui est souvent une donnée confirmative excellente de la fièvre, ne peut-elle se rencontrer que dans les fièvres déjà assez anciennes, par conséquent dont le diagnostic est le moins embarrassant.

Les formes diverses que peuvent revêtir les fièvres intermittentes sont de la plus haute importance à signaler, car, en dehors des formes *simple et anormale*, il a été principalement question jusqu'ici, il y a les formes *pernicieuse, lente, pseudo-continue et symptomatique*, qui donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic déplorables, contre lesquelles on doit se tenir en garde. — La fièvre pernicieuse tue très-rarement au premier accès, souvent au deuxième ou au troisième accès. On a par conséquent le plus grand intérêt à la diagnostiquer dès le premier, pour combattre efficacement la maladie. Les caractères distinctifs des fièvres pernicieuses sont nombreux. Ils s'ajoutent à ceux de la fièvre intermittente simple, ou bien ils ne sont qu'une exagération de l'un des stades indiqués précédemment.

C'est ainsi qu'il y a parfois un frisson excessif pendant lequel la mort peut survenir dès le premier accès. La face est alors cadavéreuse, il y a une anxiété, une agitation extrêmes, la soif est vive, l'haleine froide, la voix éteinte, le pouls fréquent ou rare, petit, irrégulier, et l'intelligence reste entière ; les frissons de chaleur et de sueur sont peu accusés, et l'intervalle apyrétique est fortement marqué par de l'abattement et du malaise : c'est la *fièvre pernicieuse algide*. Maillot, Haspel, Griesinger n'admettent pas que, dans cette fièvre, il y ait augmentation d'intensité ou prolongement inaccoutumé du stade ordinaire de frisson ; ce serait un état de collapsus profond, de syncope, de paralysie du cœur, où Haspel dit avoir fréquemment trouvé, d'une manière constante, d'anciennes lésions. Mais il y a lieu de penser qu'il s'agit, dans les faits

de ce genre, de la forme pernicieuse syncopale ou cardialgique, dont nous parlerons tout à l'heure. — Dans un autre ordre de faits, la transpiration excessive (forme pernicieuse *diaphorétique*) ; les malades, qui conservent l'intégrité de leur intelligence, comme dans la forme précédente, se plaignent du froid, et la mort survient au milieu d'un épuisement excessif. Cette forme doit être confondue avec certaines *suettes miliaires* ; seulement les sueurs durent ordinairement plus longtemps dans cette dernière affection que dans la fièvre pernicieuse.

Certains symptômes cérébraux ou nerveux prédominants ont donné leur nom à la fièvre qu'ils accompagnent. C'est d'abord la forme *comateuse* dite aussi *lethargique*, *carotique*, *apoplectique*, dans laquelle la mort arrive rarement dès le premier accès, et qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre intermittente simple dans laquelle il y a un peu de somnolence pendant le deuxième stade ; la forme *délirante*, caractérisée par un délire violent qui accompagne le deuxième stade, et pendant lequel la mort a lieu, à moins qu'elle ne succède de coma ; la forme *convulsive*, dans laquelle les accidents nerveux sont *épileptiformes*, *tétaniques*, *cataleptiques*, ou simplement *convulsifs*, avec un état général grave, comme on l'observe chez les enfants ; on a aussi admis une forme *paralytique*, dans laquelle une paralysie partielle ou générale du sentiment et du mouvement, comme l'a observé Cavaré, se joint pendant l'apyrexie ; et enfin une forme *hydrophobique*, dans laquelle la fureur maniaque se joindrait à l'horreur des liquides.

Du côté du cœur, on a noté une douleur excessive avec grande anxiété, palpitations, altération profonde des traits survenant dès le premier stade (*cardialgique*), ou bien des syncopes (*forme syncopale*). — On a aussi admis des fièvres pernicieuses *pleurétique*, *pneumonique* et même *asthmato-bronchique*. — La forme pneumonique, dans laquelle les signes stéthoscopiques sont ceux du premier degré, et qui disparaissent pendant l'intermission (Gérard), n'est, selon moi, caractérisée que par une congestion pulmonaire. — Des symptômes graves vers les organes digestifs ou leurs annexes ont fait admettre la fièvre *gastralgique*, *gastrorrhagique* (Bourgeois), *cholérique*, *dysentérique*, *hépatique*. La forme cholérique ou cholériforme offre des symptômes très différents de ceux d'une attaque de choléra grave. — Enfin des accidents *péritoniques*, *néphrétiques*, *cystiques* ont fait dénommer ainsi la fièvre qu'ils dominaient dans l'impression symptomatique de la maladie.

Ces phénomènes si variés de certaines fièvres intermittentes, observés fréquemment dans les localités où règnent habituellement les fièvres paludéennes, sont surtout communs sous la zone torride. Mais il faut que l'on sache que l'on peut rencontrer partout des accidents pernicieux, afin d'être considéré sur ses gardes. On doit, en effet, les redouter toutes les fois qu'un des symptômes graves insolites que je viens de rappeler se montre avec quelques autres symptômes fébriles, si incomplets qu'ils soient. Si l'ensemble des accidents est léger et ne dure que quelques heures, il faut franchement adopter l'idée de la fièvre pernicieuse pour agir au plus tôt en conséquence. Ces préceptes sont surtout valables dans les contrées à fièvres endémiques ; mais ils doivent l'être également partout, car, malgré la rareté des faits dans les autres pays, ils peuvent se présenter à l'observation aujourd'hui, demain, et n'être pas reconnus à temps. Ce principe ne doit pas être exagéré, et l'on doit se garder de conclure à l'existence d'une fièvre pernicieuse, lorsque des accidents pneumoniques ou céphaliques s'observent avec une température thermométrique de 40 ou 41 degrés, ainsi que l'a avancé Robert de Latour (*Union méd.*, 1866). Il s'



ipale). Cette fièvre se prolonge quelquefois vingt, trente et même  
urs, si elle n'est pas funeste les premiers jours; elle est remarquable  
lle ne présente pas, à proprement parler, d'accès isolés, mais des  
es périodiques et régulières de la chaleur, précédée ou non de fris-  
paroxysmes peuvent devenir pernicieux; aussi dans les pays chauds  
eux doivent-ils être recherchés avec le plus grand soin par les  
qui peuvent voir la maladie devenir franchement intermittente (ce  
son origine miasmatique).

er (*ouv. cité*) admet trois formes de fièvre rémittente. — Dans une  
re, le malade est atteint de fièvre et de gastricité; la tuméfaction de  
ient bientôt, puis c'est un ictère léger avec des selles irrégulières et  
colorées, fréquemment de l'herpès labial, le tout avec fièvre continue  
ions rythmiques, et, dans les cas un peu développés, avec affaissement  
lente céphalalgie, douleurs des membres, vertige, bourdonnements  
in peu d'épistaxis. Il peut y avoir alors confusion de la maladie avec  
typhoïde, dans les cas où la durée est de trois semaines; car il en  
durée n'est que de trois à dix jours, et ceux-là pourraient être pris  
aits de fièvre gastrique ou embarras gastrique fébrile, que les Alle-  
omment volontiers catarrhe intestinal. — Dans la forme *moyenne* de  
mittente, qui s'observe sur les côtes de Hollande, en Hongrie surtout,  
ans le nord de l'Afrique et dans le nord de l'Amérique, l'état général  
rave : il existe un état typhoïde que traduisent la sécheresse de la  
stupeur et le délire; des symptômes bilieux bien accusés existent  
nt sans être constants; souvent on observe des parotides, de la  
, de la dysenterie, une splénite (?) intense. Enfin dans quelques cas  
soupçonner quelques complications pernicieuses, pendant lesquelles  
ut survenir tout à coup. La durée est ici de sept à quatorze jours  
rminaison est heureuse, ce qui résulte d'une rémission complète et  
opieuses. Les récidives sont fréquentes. — La forme *grave* peut pré-

tiques que l'on observe dans les pays marécageux. Elle pourrait d'abord être prise pour une fièvre continue, qu'elle ne présenterait pas d'intensité apyrétique sensible, suivant quelques auteurs. Mais d'autres ont fait remarquer qu'à des intervalles réguliers plus ou moins rapprochés, on pouvait, en prévenu, constater des exacerbations manifestes dans la continuité des phénomènes. Comme la fièvre peut, ici encore, être pernicieuse, démontre une fois de plus la nécessité de toujours penser à l'intermittence si légère qu'elle soit, dans les pays où les fièvres intermittentes règnent et lorsque l'on se trouve en présence d'un cas de maladie grave, quel qu'il soit.

d. — La fièvre intermittente *symptomatique* dépend d'une affection permanente dans le cours de laquelle elle se développe, comme dans la *phthisie pulmonaire* avancée. Dans certaines *pleurésies latentes*, selon Landouzy, aurait fréquemment des accès fébriles intermittents ou des exacerbations liées d'un état fébrile permanent (*Arch. de méd.*, 1856, t. VIII). On rencontre encore la fièvre à accès intermittents dans les cas de *suppuration calculable*, dans la *blennorrhagie* et l'*orchite* qui la complique, dans l'*entérite intense* (Chomel), à la suite du *cathétérisme* de l'urètre, de la *cautérisation* de ce canal, etc. On s'est demandé avec raison, en se fondant sur l'efficacité du sulfate de quinine en pareille circonstance, s'il n'y aurait pas coïncidence. Quoi qu'il en soit, ces fièvres intermittentes secondaires, qui paraissent affecter la forme pernicieuse, ne doivent pas être confondues avec les simples paroxysmes du soir des maladies fébriles, paroxysmes qui s'éteignent en ce qu'ils résistent à l'emploi des préparations de quinine. On voit donc définitivement, que cette forme de fièvre est presque uniquement basée sur la circonstance favorable que les anti-périodiques peuvent exercer sur elle, comme sur les fièvres intermittentes en général.

Comme complications des accès de fièvres intermittentes, on a observé le *bord des taches ardoisées* (Jaccoud, *Clin. méd.*, 1867, p. 545), comme on en trouve qui existent dans certaines fièvres typhoïdes, et que j'ai rencontrées aussi dans la fièvre gastrique et dans le rhumatisme articulaire. D'autres complications signalées sont : une *céphalalgie* congestive parfois rebelle ; l'intumescence plus ou moins prononcée de la *rate* que j'ai déjà rappelée, et plus rarement le *développement du foie*, qui peut rester habituellement congestionné, et finir par s'hypertrophier et s'indurer, suivant Graves (*Clin. méd.*, t. I, 30<sup>e</sup>). Comme conséquence de l'intoxication miasmatique elle-même et de la prolongation des accès, on rencontre quelquefois une *cachexie* sans leucocythémie (*Voy. CACHEXIE SPLÉNIQUE*). Huss (*Arch. de méd.*, t. X) aurait trouvé, comme caractère micrographique presque constant de cette cachexie paludéenne, la présence de *pigment noir* dans le sang, qui concorde avec les recherches d'autres observateurs (*Voy. MÉLANOSE*). En dehors de cette cachexie, il peut exister chez certains individus qui ont habité précédemment des localités où ils ont été atteints de fièvres intermittentes, une prédisposition à contracter de temps à autre une série de crises fébriles ou des accès isolés. Cette prédisposition tient à un reste d'intoxication paludéenne, intoxication à laquelle Trousseau a donné le nom de *thèse*.

3<sup>o</sup> *Pronostic*. — Il est très-variable suivant la forme simple ou pernicieuse de la maladie, celle-ci paraissant être, comme les formes rémittente et continue, un degré d'intoxication miasmatique plus avancé. On ne peut prévoir par aucun signe l'issue fatale de la fièvre pernicieuse, lorsque la mort survient.

ières, sporadiques, avec le type quoudien ou nocturne, et si elles sont sur-  
chez des adultes bien portants d'ailleurs. Mais le plus ordinairement  
ndent à s'aggraver dans les conditions suivantes : si le malade continue  
er dans le foyer miasmatique ; si elles sont automnales, épidémiques,  
type quarte ; et si elles atteignent des enfants, des vieillards, ou des  
faibles ou déjà atteints d'affections plus ou moins graves. L'état cachec-  
est fâcheux, et peut se terminer par la mort, malgré la cessation des accès ;  
s'il s'amende, il ne disparaît que très-lentement, de même que l'intu-  
ce de la rate, que l'administration du sulfate de quinine ne fait pas  
atement diminuer, quoi qu'on en ait dit. On a vu les fièvres intermit-  
suivant quelques médecins anciens, guérir certaines maladies graves,  
l'épilepsie, la folie, ou même améliorer la constitution de sujets débiles ;  
sont là des faits exceptionnels.

té question au mot ANTAGONISME de l'incompatibilité que l'on a cru re-  
r entre les fièvres intermittentes et d'autres maladies.

**ERROGATOIRE.** — Voy. EXAMEN DES MALADES.

**ERTRIGO.** — Voy. ÉRYTHÈMES.

**ESTINS GRÊLES.** — Occupant chez l'homme sain les régions  
ale et hypogastrique, les intestins grêles sont circonscrits par le cô-  
dehors des deux côtés, et en haut ; mais ils sont sujets à des dépla-  
s qui reconnaissent les mêmes causes que ceux du gros intestin (Voy.

ffections pouvant occuper l'intestin grêle sont : l'*entérorrhagie*, l'*enté-*  
ué ou chronique, la *diarrhée* ; la *gangrène*, la *perforation* ou la *rup-*  
: *rétrécissement*, l'*étranglement* interne, l'*invagination*, le *cancer*, la  
*isie intestinale* ; l'*entéralgie*, la *colique nerveuse*, la *colique végétale* ;  
*éorisme* ou les *flatuosités* intestinales, certaines *constipations*, des  
*intestinaux* (ascarides lombricoïdes ou ténias), et les accidents intesti-  
ue l'on a rattachés à l'URÉMIE.

1839), de Grisolle (*Essai sur la colique de plomb*, Thèse, 1835) et de plusieurs autres observateurs que je rappellerai.

**Éléments du diagnostic.** — Comme toute autre intoxication, celle-ci a des manifestations générales ou locales si diverses, qu'on a pu dire qu'elle était un groupement de plusieurs maladies qu'une maladie unique (Vaulle-geard, Thèse de doctorat, 1865). Une de ses premières manifestations est une anémie particulière, considérée comme prodromique par Grisolle, et comme affection primitive par Tanquerel des Planches : teinte jaune pâle caractérisée, avec décoloration de tous les tissus, amaigrissement, flaccidité des chairs, pâleur (Beau) dont la fréquence n'est pas bien déterminée, faiblesse générale, diminution des globules du sang.

Cette anémie se joignent souvent une saveur sucrée ou styptique dans la bouche, une haleine d'une fétidité particulière analogue à celle observée dans l'anasarque gastrique; les gencives sont fermes, quelquefois saignantes, un peu gonflées sur leur bord libre, qui présente un liseré bleuâtre, de couleur ardoisée, recouvrant quelquefois les dents et la muqueuse des lèvres et des joues, et dû au combinaison du plomb avec l'hydrogène sulfuré qui se dégage dans les voies respiratoires (Tanquerel).

Les autres phénomènes caractéristiques sont : la colique, les douleurs, les vomissements et l'encéphalopathie saturnines, que je ne fais qu'énumérer, ces phénomènes devant être discutés dans ce qui va suivre, avec les autres données cliniques que je ne rappelle pas ici, les causes, par exemple, dont la connaissance importe tant au praticien.

**Inductions diagnostiques.** — Pour mettre quelque ordre dans l'étude clinique du diagnostic de l'intoxication saturnine, nous allons voir comment les différents groupes de symptômes que je viens de rappeler peuvent faire arriver à connaître l'intoxication. Mais avant tout, je dois insister sur l'importance clinique du liseré gingival comme signe commun à toutes les formes d'intoxication plombique. Ce signe, constaté par hasard ou recherché par le médecin, soupçonne l'intoxication, met immédiatement sur la voie du diagnostic. Son absence dans les cas de colique sèche des pays chauds n'a pas peu contribué à faire regarder l'intoxication saturnine comme origine habituelle de cette maladie (Voy. *op. cit.*, p. 13). Cependant ce liseré, ainsi que l'a rappelé Vaullegeard, n'existe pas toujours dans les intoxications aiguës; et, d'un autre côté, « il existe dans beaucoup d'affections autres que l'intoxication saturnine. Il est vrai qu'il est différent : ainsi, dans la stomatite mercurielle, il est livide; il ne saurait non plus être confondu avec le tartre ou le liseré des individus à circulation languissante et anémique. Aug. Frédéricq signale, en effet, chez tous les tuberculeux, une teinte de couleur rouge brique, existant toujours au moins au niveau des deux lèvres inférieures et médianes. Le liseré signalé par Thompson, décrit aussi par le docteur Dutcher comme signe prodromique de la tuberculisation, a plus de valeur. Mais les autres signes ne permettront jamais de confondre le liseré de Thompson avec le liseré de Burton » (*Thèse citée*).

— L'anémie saturnine ne pourrait seule révéler l'intoxication saturnine, elle peut la faire soupçonner et suggérer l'idée de rechercher le liseré gingival des gencives qui n'est pas, quoi qu'on en ait dit, un signe pathognomonique, mais qui a une valeur réelle lorsqu'il coïncide avec d'autres éléments de la maladie. On peut aussi, dans le cas où l'on soupçonne l'intoxication, reconnaître la présence d'une préparation plombique sur la peau en faisant administrer un bain sulfureux au malade, dont le corps (surtout aux mains et au niveau des articulations) présentera, par suite, des taches brunes de sulfure de plomb. Il ne



est obscur, car lorsque le rhumatisme chronique et la syphilis constitutionnelle sont franchement accusés, il ne peut y avoir d'erreur.

La confusion avec la *névralgie* est d'autant plus facile, que l'on s'est demandé si les douleurs saturnines étaient autre chose qu'une névralgie, et que l'on n'a pu trancher la question, tant il y a d'analogie dans les caractères des deux douleurs et souvent dans leur siège. Cependant on a assigné comme caractère différentiel le siège exclusif de la douleur sur le trajet du nerf pour la névralgie, ce qui est peut-être trop absolu, et le siège indifférent de la douleur saturnine dans la continuité des membres, dans les muscles, et même dans les os. — Les douleurs du *rhumatisme chronique* n'ont par elles-mêmes aucun caractère qui les fasse différer des douleurs saturnines, mais l'erreur ne peut ici se prolonger indéfiniment, les premières finissant par entraîner la déformation des articulations, et les secondes par être suivies d'autres manifestations de l'intoxication plombique. — Les douleurs saturnines par leur siège sur les os et par leurs exacerbations nocturnes ont une certaine analogie avec les *douleurs rhumatismales*; mais celles-ci ne se montrent guère sans d'autres signes d'intoxication vénérienne, notamment des exostoses, et l'étude des commémoratifs finit par arriver, dans le premier cas, à la découverte de l'influence du plomb.

**d. — Paralysies saturnines.** — Bien décrites par Tanquerel, ces paralysies ont pour siège porter sur les muscles des membres, sur ceux du tronc, sur les organes des sens, sur la sensibilité cutanée.

La paralysie des membres supérieurs (rarement d'un seul) est de beaucoup plus fréquente. Lorsque le malade avance horizontalement ses avant-bras, la flexion verticale de ses mains et l'impossibilité où il est de les redresser ont quelque chose de caractéristique, qui est dû à la paralysie des muscles extenseurs du poignet et des doigts. Ces muscles sont le plus souvent les seuls affectés, l'électricité démontre alors que la contractilité musculaire est abolie, d'abord dans l'extenseur commun des doigts, puis dans l'extenseur propre de l'index et du petit doigt, et enfin dans le long extenseur du pouce (Duchenne, de Boulogne). Les malades ne peuvent plus saisir aucun objet, tout en conservant les mouvements de l'épaule et du bras. Mais la paralysie peut porter aussi sur les muscles isolés de ces parties ou sur le membre entier; et ce qu'il y a de remarquable alors, c'est que certains muscles sont plus particulièrement affectés, et ce sont précisément ceux qui peuvent être affectés isolément qui ont perdu la faculté de se contracter par la faradisation, le deltoïde, le triceps brachial, par exemple. Les muscles qui perdent leur irritabilité galvanique sont sans doute les plus atteints par l'intoxication, car on les voit s'atrophier de préférence aux autres, mais non pas exclusivement.

Lorsque la paralysie atteint les membres inférieurs, on constate que les malades peuvent se tenir debout, mais qu'ils tremblent sur leurs membres, dont les mouvements sont incertains; les jambes et les cuisses sont fléchies à cause de la paralysie des muscles extenseurs à la partie antérieure du membre.

Parmi les muscles du tronc qui peuvent aussi être affectés, mais plus rarement, on trouve les intercostaux, le diaphragme (Duchenne); il en résulte des accidents graves (*Voy. PARALYSIE des muscles respirateurs*). A la tête, les yeux peuvent être tremblants, la langue comme embarrassée dans ses mouvements, parfois elle bégaye; les muscles du larynx peuvent aussi être atteints, ce qui produit l'aphonie.

Parmi les paralysies des sens, l'*amaurose* est certainement la plus remarquable : rapide dans son invasion et dans sa marche, elle ne dure en moyenne que quelques jours, très-rarement pendant un mois. La *surdité* saturnine est



un fait exceptionnel. Mais la sensibilité de la peau subit assez fréquemment toujours, suivant Beau, une modification remarquable, qui est l'anesthésie saturnine, bien étudiée par Tanquerel et consistant, soit dans l'abolition du tact, soit dans celui de la douleur (*analgésie* de Beau).

Le diagnostic des paralysies saturnines est rendu facile, soit par leurs caractères propres, et principalement celui d'affecter le plus souvent les muscles extenseurs de la main et des doigts, soit par la coïncidence d'autres manifestations de l'intoxication saturnine, le liseré gingival, la colique, les douleurs saturnines, soit enfin par le défaut absolu de contractilité électrique. Mais la paralysie se montre indépendamment de tout autre accident saturnin, qu'elle cause en soit d'abord ignorée, et que cette paralysie affecte isolément des organes restreints, comme le larynx, la rétine, les nerfs acoustiques, le diaphragme, les phénomènes principaux qui en résultent (*aphonie, cécité, surdité*, troubles particuliers de la *respiration*) peuvent être interprétés de différentes manières. Il en est de même pour l'*atrophie musculaire* consécutive à la paralysie, et qui peut être confondue avec l'atrophie progressive primitive. Dans ces différentes circonstances, on ne peut manquer d'être dans l'erreur dans le doute jusqu'à ce que l'intoxication ait été reconnue.

e. — *Encéphalopathie saturnine*. — Les accidents cérébraux dus à l'intoxication saturnine, désignés sous le nom d'encéphalopathies par Tanquerel et étudiés avec soin par Grisolle, se manifestent sous trois formes différentes : la forme *délirante*, la forme *convulsive* ou *épileptique*, la forme *comateuse*.

Ces manifestations cérébrales peuvent se combiner entre elles, de manière à coexister ensemble ou à se succéder les unes aux autres. La rapidité de l'évolution empêche de les confondre avec d'autres maladies cérébrales aiguës. Mais il n'en est pas de même des affections cérébrales aiguës. Il n'est pas de leur étude approfondie, de l'aveu même de Grisolle, que tous ces accidents cérébraux n'ont, par eux-mêmes, rien de spécial qui puisse les faire distinguer du *delirium tremens*, de la *manie*, de l'*épilepsie*, de la *méningite* aiguë. Cependant il faut distinguer les cas dans lesquels il y a accélération de ceux où cette accélération manque. Lorsqu'il y a fièvre, c'est sur la *méningite aiguë* qu'on pourrait penser, en présence d'accidents cérébraux saturnins. Or, la thermométrie vient facilement trancher la question en toute circonstance, comme l'a fait remarquer Jaccoud (*Clin. méd.*, 1867, p. 100). L'élévation de la température se maintient toujours à  $+40^{\circ}$  dans la *méningite* tandis qu'elle reste très-inférieure dans l'encéphalopathie saturnine fébrile n'étant que de  $+37^{\circ},5$  dans l'aisselle du malade de Jaccoud qui motiva sa recherche. — Le mot encéphalopathie semble mal choisi à notre collègue pour qualifier les désordres nerveux qui se manifestent dans l'intoxication au plomb, puisque chez son malade il y avait des désordres qui se rattachaient directement à la moelle épinière. On pourrait donc à la rigueur confondre les manifestations de ce genre avec celles d'une maladie de la moelle ; mais à combien sont rares les affections aiguës de la moelle épinière, et, d'un autre côté, il n'est pas prouvé que les troubles qui sont sous la dépendance du cordon rachidien puissent exister seuls et indépendamment des troubles cérébraux dont il est ci-dessus question.

La similitude de la forme convulsive de ces accidents saturnins avec l'épilepsie ordinaire commençante, est surtout parfaite, quoi qu'en ait dit Tanquerel. De part et d'autre, il y a des vertiges ou de grands accès, des accès de nature consécutive, la terminaison des accès par un sommeil comateux, la mort par asphyxie quand les accès sont très-rapprochés et comme subintrants.

de délire uni aux convulsions, aux crampes, et précédé de céphalalgie, ne peut parfaitement faire croire à une *méningite aiguë*, car il n'y a que l'abaissement de la fièvre qui puisse faire abandonner l'idée de cette dernière affection. Les manifestations que je viens de rappeler n'ont pas isolément, pour la plupart, une valeur suffisante pour faire diagnostiquer l'intoxication saturnine, mais elles acquièrent une considérable par leurs combinaisons, et surtout par la détermination de l'origine de la maladie, qui est la question dominante en pareille circonstance.

Coincidence, comme antécédents ou comme accidents actuels, de plusieurs séries de manifestations de l'intoxication qui m'occupe, élucide immédiatement le diagnostic. Qu'il y ait eu, avant les coliques, le dépérissement anémique et les troubles dans différentes parties du corps, que ces divers accidents aient entraîné la paralysie ou l'une des formes de l'encéphalopathie, et que celle-ci ait servi comme avant-coureur une amaurose accidentelle (Grisolle) : il est évident que ces rapprochements permettront immédiatement de reconnaître une intoxication saturnine. Il n'y a pas de réserve à faire pour la *colique sèche des chauds*, dont toute la symptomatologie et la marche sont identiques, car les deux maladies diffèrent (*Voy. p. 213*).

*Moyens étiologiques du diagnostic.* — Cette question domine, comme on l'a dit précédemment, le diagnostic de l'intoxication saturnine, et, seule, peut assurer la certitude.

La connaissance de la profession du malade suffit souvent pour susciter le soupçon de l'intoxication plombique, dès les premières questions qu'on lui adresse. C'est ce qui arrive pour les ouvriers des fabriques de céruse et de minium, les employés en bâtiments, de voitures, broyeurs de couleurs, doreurs sur bois, verriers, de métaux, les fabricants de papiers peints ou de cartes d'Allemagne, potteries, tourneur, potiers, faïenciers, verriers, les ouvriers des mines d'où l'on extrait le plomb, les affineurs, plombiers, les fondeurs de cuivre, de bronze, ou les ouvriers d'imprimerie, les imprimeurs, fabricants de plomb de chasse, verriers, tailleurs de cristaux, ouvriers des manufactures de glaces, et des fabriques de chromate, de nitrate et d'acétate de plomb. Il serait difficile de citer toutes les sources d'intoxication plombique qui dépendent des professions, en dehors de celles qui viennent d'être énumérées. Les soies, par exemple, sont habituellement trempées par les fabricants dans un bain d'acétate de plomb dans le but d'augmenter leur poids. Or, on a vu les ouvrières d'un atelier atteintes d'intoxications saturnines graves, par suite de l'habitude de mordre l'un des bouts des fils de soie pour l'enfiler dans l'aiguille, et d'en mâcher les bris (*Monit. d'hyg. et de salubrité*, 1866). Des enfants, en portant à la bouche les préparations de plomb servant à la fabrication des jouets, des adultes occupés à renfermer le chocolat dans des feuilles de plomb, des jeunes gens manœuvrant de la dentelle à la céruse, sont atteints d'intoxication saturnine. Selon la juste remarque d'Archambault, l'usage du vin ou de tout autre liquide acide favorise cette intoxication, en donnant naissance, dans l'estomac, à un sel de plomb soluble (*Soc. des hôpit.*, 1861).

Il faut donc se méfier de ces cas dans lesquels la profession ne saurait fournir aucun prétexte à l'opposition d'une intoxication saturnine ; mais si le soupçon existe, il faut rechercher avec le plus grand soin si le malade n'a pas absorbé, sans s'en rendre compte, des préparations de plomb. Dans ce but, les investigations doivent porter sur l'entourage de l'individu, sur les objets qui sont à son usage particulier ; notamment sur les vases étamés dont l'étain, de titre inférieur, peut contenir une énorme proportion de plomb (*Voy. Colique dite sèche, p. 213*),

mentation. C'est ainsi que Lasèque a trouvé l'explication d'accidents chez un enfant, dans l'habitude qu'avait le jeune malade de sucer du plomb que contenait l'encrier dont il faisait usage. On a aussi attribué à la présence de grains de plomb dans les tissus par suite de balles par armes à feu. Enfin le docteur Marmisse (1866) a trouvé une nouvelle émanation plombique dans la combustion de boiseries peintes à la plomb dont le plomb a été retrouvé par l'analyse dans la suie de la cheminée d'un individu brûlant de ce bois peint.

On peut quelquefois obtenir des renseignements utiles de la santé des individus qui vivent dans la maison, et chez lesquels on peut observer des paralysies, coïncidence qui n'est pas sans valeur. Enfin les préparations plombiques, malheureusement conseillées comme médication à l'intérieur pour certaines maladies (anévrysmes, phthisie pulmonaire), ont déterminé des complications signalées par Orfila, par Flandin, par Tanquerel, etc. Aussi est-on encore enclin à voir qu'on ait encore recours à l'usage thérapeutique d'un toxique aussi dangereux.

Il est impossible de déterminer si les différents degrés de l'intoxication par le plomb correspondent à des manifestations spéciales ; on considère l'arthralgie et la colique saturnines, comme les expressions d'une intoxication profonde que la paralysie et les troubles cérébraux. Cependant il est possible qu'une arthralgie rebelle succède à une encéphalopathie d'adynamie, puis délirante. — Chacune de ces manifestations, lorsqu'elle apparaît primitivement, détermine une *forme* particulière de la maladie.

On a considéré les accidents paralytiques ou cérébraux comme des complications de la colique de plomb. Mais il est évident que ce sont seulement des manifestations différentes d'une même cause, et qu'elles doivent être classées sur le même rang séméiologique. Une complication réelle est la fâcheuse complication que l'intoxication plombique exerce sur la grossesse, et qui a été signalée par Constantin Paul (*Voy.* p. 474). Quant à l'*albuminurie*, qui a été attribuée à l'intoxication par le plomb, A. Ollivier a une altération des reins résultant du passage dans ces reins de la substance urinaire.

**signes diagnostiques.** — Parmi ces manifestations de l'intoxication il en est deux, l'*hydrargirie* et la *stomatite*, qui s'observent principalement dans le cours ou à la suite d'un traitement interne ou externe par des préparations mercurielles. La simple connaissance de cette circonstance fait immédiatement à leur véritable cause les accidents que je viens de rappeler, et pose la question (*Voy. HYDRARGIRIE et STOMATITE mercurielle*).

Le **tremblement mercuriel** se manifeste par des petites secousses successives des membres, principalement des membres supérieurs, dont les mouvements perdent leur précision ; elles se rencontrent chez des individus qui sont pâles, languissants, à chairs molles, et s'accompagnent quelquefois de sursauts de la parole et de mouvements grimaçants de la face.

Le tremblement est intense, la langue avancée sur la lèvre inférieure, hors de la bouche, est agitée aussi de mouvements irréguliers ; les malades ne peuvent porter aucun liquide à leur bouche sans le renverser, ni même tenir un objet solide, qu'ils ne peuvent diriger juste (Mérat). La mastication devient impossible, et, dans des cas rares, il y a de l'insomnie, de l'agitation, de l'affaiblissement de l'intelligence, l'obtusion de plusieurs sens, et des pertes de connaissance momentanées.

Le plus souvent dans la *cachexie mercurielle* que l'intelligence peut être atteinte, on remarque de l'hébétéude, la bouffissure, la pâleur, la langueur généralisée, l'extrême de l'haleine, le gonflement fongueux des gencives qui deviennent molles, saignantes, ulcérées, l'ébranlement et la chute des dents, soit saines, les palpitations, l'anhélation, les syncopes, la fréquence du pouls, l'infiltration œdémateuse des membres inférieurs, les éruptions sous-épidermiques ou autres, la perte de l'appétit, la diarrhée, le délire plus ou moins violent avec hallucinations, plus rarement des convulsions. Cet ensemble de phénomènes est caractéristique. A part les épilepsies et les convulsions, j'ai observé tous les autres chez une jeune femme, qui présentait de plus une foule de *points gangréneux* partout où il y avait des saillies osseuses soumises à la pression. Cette malheureuse succomba aux progrès rapides de la cachexie, avait été d'abord atteinte d'un simple érysipèle de la face, avec le délire fébrile qu'il est si ordinaire de voir dans le jeune âge au début de beaucoup de maladies aiguës, et ce délire avait fait croire à une méningite contre laquelle on avait eu recours à des frictions mercurielles répétées sur la face. Il n'y eut pas de cas, de tremblement mercuriel, comme dans ceux où la cachexie est précédée par suite d'un traitement mercuriel exagéré. Quand l'intoxication est lentement continuée, on voit au contraire coïncider les deux : tremblement et cachexie.



La connaissance d'un *traitement* mercuriel antérieur, comme la *profession* du malade font naître immédiatement l'idée de l'intoxication mercurielle. Toutes les conditions professionnelles dans lesquelles on est l'absorption du mercure vaporisé, comme cela a lieu pour les ouvriers, factures de glaces, les chapeliers, les mineurs qui recueillent le métal rarement aujourd'hui depuis l'usage de la dorure galvanique, pour les sur métaux, peuvent produire le tremblement, et, si l'influence toxique la cachexie mercurielle. L'ingestion ou les frictions répétées des préparations hydrargyriques produisent au contraire plus rarement le tremblement, autres manifestations, c'est-à-dire que l'hydrargirie, la stomatite et les lésions mercurielles. Cependant Colson, de Noyon, a cité un cas de tremblement par l'usage de la liqueur de Van Swieten.

Peut-on confondre le tremblement mercuriel avec la *chorée*? La chose semble difficile si l'on songe que les mouvements brusques, saccadés, de la chorée, ne ressemblent en rien aux secousses limitées, monotones, de la sorte dans leur succession, qui caractérisent le tremblement mercuriel. La chorée n'affecte guère d'ailleurs que les enfants. — Le tremblement *thétique* a plus d'analogie avec celui qui dépend du mercure, mais il ne faut pas peu d'attention pour ne pas confondre les deux affections; car des circonstances et des conditions spéciales, influence du mercure, manifestations de l'intoxication, autres que le tremblement, se rencontrent dans les cas de tremblement mercuriel et font absolument défaut dans ceux où il est idiopathique. L'hérédité, cette dernière circonstance, est une cause habituelle qu'il ne faut pas négliger, car elle est caractéristique.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés assez sérieuses dans l'intoxication mercurielle pour que l'on soit obligé d'avoir recours à la recherche du métal dans les excréments du malade. Je dois rappeler que Bieth, leçon, disait avoir recueilli du mercure métallique à la surface de l'urine, principalement dans l'aisselle de sujets atteints de tremblement mercuriel traités par des bains de vapeur.

3° *Pronostic*. — Il n'est grave que dans les cas de cachexie, et surtout si la cause continue à agir.

### III. Ergotisme.

On a décrit sous ce nom une intoxication due à l'ergot de seigle contenu dans le pain de certaines contrées à la suite d'une année pluvieuse, et qui se manifeste d'une manière épidémique à partir de l'automne, c'est-à-dire l'époque où l'on commence à faire usage des grains nouvellement récoltés. L'histoire de cette maladie, je rappellerai qu'elle a été l'objet de nombreuses relations depuis le xvi<sup>e</sup> siècle. Le docteur Heusinger, dont le travail a été reproduit par Lasèque dans les *Archives de médecine* (1855), a donné de l'épidémie de 1855 et 1856 de la Haute-Hesse, une relation qui jusqu'à un certain point servira de type pour la description symptomatique de l'ergotisme convulsif, à la condition d'être complétée. En effet, l'ergotisme a été observé sous forme épidémique par la plupart des observateurs, et les descriptions présentent toujours des différences particulières.

1° *Éléments du diagnostic*. — En général, la maladie débute par l'ivresse, de la céphalalgie, des vertiges, des troubles des sens, de la tristesse. Plus ou moins rapidement ensuite, surviennent des *formications* aux extrémités (d'où ils envahissent à peu près tout le corps), *accès de contractures* ou de *spasmes* arrachant des cris aux malades, et principalement les fléchisseurs des membres, les muscles thoraciques.

Une anesthésie complète ou des douleurs atroces dans le membre ou les atteints, accompagnent la gangrène.

**Signes diagnostiques.** — Le diagnostic peut avoir différents points de vue : les symptômes, car chaque symptôme prédominant au moment de la maladie peut donner lieu à une foule d'erreurs particulières : les contractures ou les convulsions cloniques, consécutivement à l'abolition des sens, le délire, etc., peuvent isolément fixer d'attention, et faire complètement dévier de la voie du vrai diagnostic, si l'on ne va pas à la cause.

Les *causes étiologiques* sont, en effet, très-importantes. Une maladie sévissant sur la partie la plus nécessaire d'une population, vers la fin des années pluvieuses, et caractérisée par des accidents graves auxquels se joint quelquefois une gangrène sèche des membres étendue, ne peut guère laisser de doute sur sa nature. Une fois la cause en est bientôt établie, et le diagnostic de l'ergotisme con-

nu de la connaissance ou du soupçon des antécédents, tout au contraire obscurité dans le diagnostic, et l'erreur est presque inévitable. C'est lorsque, par exemple, on a à examiner hors de son pays un individu qui ignore les antécédents, ou qui se trouve dans un état d'obtusion de l'intelligence qui pourrait faire croire à une *idiotie*, comme l'aliénation pourrait être rattachée à la *manie*, les convulsions à l'*épilepsie*, la gangrène à une tout autre cause que l'ergotisme. Il ne serait pas non plus, au début d'une épidémie dont les accidents convulsifs ont une certaine violence, que l'on pensât avoir affaire d'abord à une épidémie de méningite cérébro-spinale épidémique, surtout si les individus atteints sont agglomérés dans un établissement, condition habituelle dans les épidémies de méningite cérébro-spinale ont été observées.



tionnée à la quantité de l'ergot absorbé et à la continuité prolongée d'ingestion dans les cas où la maladie est méconnue. On comprend dès lors l'importance du diagnostic, et la nécessité de ne pas se borner à un examen à un interrogatoire superficiels.

La mort peut être le résultat de la violence des attaques convulsives de l'asphyxie, ou survenir inopinément : ce sont des particularités qu'il ne faut pas perdre de vue. Quant à la guérison, elle est souvent spontanée dès que cesse d'agir, et cette circonstance, de même que la cessation de la démence dès que les populations ne sont plus exposées à la cause de l'intoxication, vient mettre hors de doute l'existence de l'ergotisme.

#### IV. Intoxication par le sulfure de carbone.

Cette intoxication est due à la pénétration dans l'organisme, par les voies respiratoires, des vapeurs du sulfure de carbone, qui est employé dans l'industrie à dissoudre le caoutchouc, et qui est extrêmement volatil, point d'ébullition à  $+ 45^{\circ}$ . Duchenne (de Boulogne) a signalé la paralysie due à la volatilisation du caoutchouc, et Bouchardat la maladie des ouvriers qui travaillent cette substance; mais c'est à Delpech, qui a lu en 1856, à l'Académie de médecine le résultat de recherches plus approfondies, que l'on doit les connaissances les plus complètes que l'on possède sur cette intoxication. C'est donc à son mémoire que j'emprunterai les matériaux de cet article, en exposant à part les accidents aigus passagers, et les accidents chroniques de l'intoxication (De *Annales d'hygiène et de méd. légale*).

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Tantôt les accidents, produits plus ou moins rapidement, sont passagers et constituent une sorte d'ivresse analogue à l'ivresse alcoolique : vertiges, vague dans les idées, trouble de la vue, titubation, faiblesse, céphalalgie, nausées, sueurs froides et même délire; et tantôt les troubles, plus durables, sont ceux d'une véritable intoxication. Il y a alors la *céphalalgie*, des *vertiges*, perte de la *mémoire*, *paralysie intellectuelle*, *irritabilité* de caractère, de l'*insomnie* ou un sommeil interrompu, des *tremblements* dans les membres, des *fourmillements*, de l'*anesthésie* aux bras et aux mains (Bouchardat), de l'*algésie*, et quelquefois au contraire de l'*hyperesthésie*; la *vue* s'affaiblit, ainsi que l'*ouïe* quelquefois; et l'*odorat* comme le *goût* sont impressionnés par l'odeur du sulfure quand les malades mangent ou fument. — La *myotilité*, dans le principe, est quelquefois excitée (crampes, contractions locales involontaires, *contracture* des extenseurs des doigts), mais le plus souvent, soit plus tard, soit d'emblée, elle est affaiblie au bout de quelques jours, surtout aux membres inférieurs; il y survient des *contractions fibrillaires*, et fréquemment une *atrophie* musculaire générale ou partielle. — La *contractilité électrique* des muscles est conservée. — Les *fonctions génératrices* sont toujours influencées de la manière la plus fâcheuse (Delpech) : le plus souvent amoindries ou annihilées chez la femme comme chez l'homme, elles sont très-rarement surexcitées.

Du côté des organes digestifs, il y a ordinairement dès le début : anorexie, *dégoût* prononcé des aliments, nausées, *vomissements* verdâtres ou bilingues, parfois alimentaires, et accompagnés en général de malaise extrême, de sueurs froides; coliques sans diarrhée ni constipation, sauf d'une manière intermittente; *matières fécales* et *gaz intestinaux* exhalant l'odeur très-prononcée du sulfure de carbone, de même que l'*haleine* et l'*urine* des malades. — La *respiration* est ordinairement courte; plus rarement il y a des palpitations, des accès de fièvre irréguliers, surtout la nuit.

Lorsqu'il s'est produit une *cachexie* plus ou moins profonde, la *peau* est pa-

un terreux, et il existe une *anémie* manifeste, à laquelle se joint la *pernupte* ou partielle des accidents de l'intoxication dont elle est la suite. *Signes diagnostiques.* — Parmi ces nombreux éléments du diagnostic, il y a une donnée qui par elle-même fait immédiatement soupçonner les accidents observés : c'est l'odeur caractéristique du sulfure de carbone répandue par les malades.

La connaissance de la profession dans laquelle on emploie le caoutchouc permet de corroborer cette première impression, et l'étude attentive des symptômes actuels que j'ai rappelés ne permet plus de douter que l'on ait eu une intoxication par le sulfure de carbone. J. Bergeron et P. Lévi ont signalé un signe particulier d'anesthésie due à cette intoxication : c'est l'*insensibilité de la cornée*, chez un malade de Lariboisière, qui n'éprouvait aucun trouble de la vue. Il résulte de leurs expériences que cette insensibilité apparaît toujours avant l'anesthésie cutanée (*Soc. de biol.*, 1864).

Les accidents confirment le diagnostic de cette intoxication, si les symptômes ont montrés brusquement (ivresse) ou graduellement (intoxication), un développement plus ou moins prolongé dans les vapeurs de cette substance.

Une fois que l'on a étudié cette affection, il n'est plus guère possible de confondre les symptômes dominants avec les symptômes analogues qui se rencontrent dans d'autres maladies, comme dans l'*intoxication mercurielle*, la *généralisation* commençante, l'*atrophie musculaire* progressive. L'*insensibilité alcoolique* a cependant de grandes analogies avec celle qui m'occupe, et d'autant plus possible d'en confondre les manifestations que les symptômes du sulfure de carbone s'adonnent habituellement aux excès alcooliques, que les accidents épileptiformes et les hallucinations, donnés par les vapeurs comme caractères distinctifs de l'alcoolisme, peuvent faire défaut.

L'ivresse par le sulfure cesse par l'exposition de l'individu au grand air, et n'a pas lieu pour l'ivresse alcoolique.

*Prognostic.* — L'intoxication par le sulfure de carbone se termine ordinairement par la guérison lorsque les malades cessent de s'exposer aux inhalations de cette substance. Cette guérison est plus ou moins lente, suivant le degré de l'intoxication, sa durée, et suivant le retour plus ou moins répété des accidents. Elle est encore vu la mort survenir. Mais les troubles intellectuels, les paralysies, l'atrophie musculaire, qui n'a pourtant pas ici la gravité de la primitive, et enfin la cachexie, lorsqu'elle survient, ne laissent pas d'être très-fâcheux.

#### **Intoxication par l'opium.**

Elle produit également une ivresse et une intoxication particulière, qui ont été décrites dans la thèse de Réveil (1856).

Le diagnostic de des fumeurs d'opium peut se reconnaître aux phénomènes suivants.

sans visions ni hallucinations, comme chez le mangeur d'opium. Il y a aussi des vomissements, si l'on fume peu de temps avant le repas.

Ce que l'on peut appeler l'intoxication par l'opium s'observe principalement chez le mangeur d'opium. Son corps est maigre et incurvé, sa face jaune; sa constitution est chétive et débilitée, sa démarche chancelante; sont appesantis, ses organes digestifs troublés (appétit nul, constipation); ses facultés mentales sont abolies. Il y a de la somnolence avec des hallucinations. Enfin il existe une impuissance complète.

**INTUSSUSCEPTION, INVAGINATION.** — Voy. OCCLUSIONS.

**IODISME.** — Il y a un iodisme aigu et un iodisme chronique. Le premier dépend de l'action rapide ou lente de l'iode qui a pénétré dans l'organisme. Les effets toxiques des préparations iodées ne sont pas toujours proportionnés à leur dose plus ou moins élevée, car une très-petite dose pourrait produire, suivant Rilliet, un effet violent chez certains individus.

I. — Quoi qu'il en soit, que la préparation iodée ait été ingérée, ou qu'elle ait été injectée dans une cavité accidentelle par une plaie fistuleuse, ou qu'elle ait été appliquée sur la peau, ou simplement appliquée sur la muqueuse, sous toutes conditions qui ont été constatées par des observateurs, il peut en résulter des accidents rapides dus à l'absorption de l'iode, et qui constituent l'iodisme aigu, l'ivresse iodique. Les phénomènes qui caractérisent cette forme d'iodisme sont les suivants : coryza plus ou moins intense avec éternuements, écoulement séreux nasal abondant, sentiment de tension douloureuse des sinus frontaux, déglutition douloureuse et difficile, salivation abondante, perte de l'appétit, parfois nausées et même vomissements, le tout d'une durée variable, avec ou sans fièvre, persistant pendant quelques heures seulement pendant plusieurs jours.

Cet iodisme aigu pourrait être pris pour un coryza intense, ou pour une éruption de la rougeole, surtout lorsqu'il se fait en même temps une éruption érythémateuse due également à l'iode. Cette éruption serait de roséole ou plutôt une éruption papuleuse, se développant principalement au front, au nez, sur les joues, et rarement ailleurs. Mais je dois ajouter que la présence de cette éruption, en tant que manifestation de l'iodisme, a été constatée par certains observateurs.

Cet iodisme aigu se dissipe assez rapidement de lui-même; il n'a pas de gravité. Cependant on a vu la mort survenir trente heures après un badigeonnage de teinture d'iode fait, chez une jeune fille de dix-sept ans, sur le cou, au-dessus de quelques ganglions tuméfiés de la région parotidienne. L'urine, après la mort, contenait des traces d'iode (Gillespie, *Med. Times*, 1860). Il n'est donc pas douteux que les faits de ce genre sont exceptionnels; mais il n'en faut pas tenir compte, malgré l'innocuité journalière de larges badigeonnages de teinture d'iode.

II. — Indépendamment de ces accidents rapides et passagers d'iodisme dus à l'absorption de l'iode, il existe aussi, suivant Rilliet, un iodisme chronique, dû à l'usage prolongé de petites doses de préparations d'iode. Une longue et savante discussion en fut faite en 1860 à l'Académie de médecine à l'occasion du rapport de Trousseau sur le mémoire de Rilliet (*Bullet. de l'Acad.*, t. XXV). Il en résulta les opinions contradictoires sur ce point capital important, que les accidents, pour

nécessitent une idiosyncrasie particulière qui seule peut expliquer  
 é avec les doses très-minimes de préparations iodées ingérées, de  
 on a vu de simples eaux minérales arsenicales produire aussi des effets

il en soit, cet état pathologique d'iodisme constitutionnel est du moins  
 Il est caractérisé par l'*amaigrissement*, la *boulimie*, les *palpita-*  
 a *état nerveux* spécial, dont les effets se manifestent autant sur le  
 sur le physique. L'iodisme a une *marche* chronique et une *durée*  
 six mois en général. Il se manifeste, quels que soient les doses  
 composé, ou son mode d'introduction dans l'économie, mais seule-  
 des individus prédisposés, le plus souvent vers la fin de l'âge adulte  
 première vieillesse (35 à 60 ans), de préférence chez les individus  
 sition est aisée, et l'habitation dans un pays où l'eau et les aliments  
 it peu ou pas d'iode, et où le goitre est endémique. Enfin l'existence  
 est un des critères de la prédisposition, surtout s'il disparaît trop  
 t (Rilliet, *Mém. présenté à l'Acad. de méd.*, 1860).

le constitutionnel pourrait être confondu, suivant le même observa-  
 la variété de *chlorose* qui simule la phthisie, avec la *scrofule* et le  
 sec le *diabète* latent et les *maladies du cœur* commençantes, ou  
 re avec l'*hypochondrie*. Les données les plus importantes du dia-  
 it le dépérissement, et la constatation de la cause (iode introduit dans  
 ), que la recherche des antécédents fera facilement découvrir si l'on  
 odisme.

pathologique se termine ordinairement par le retour à la santé; mais  
 forme légère et une forme de moyenne intensité, il en a aussi une  
 ès-grave, qui serait plus rare aujourd'hui qu'autrefois, et qui occa-  
 quelquelquefois la mort, selon Rilliet.

i. — Voy. SYPHILIS.

RIE. — Voy. MICTION.

SES. — Les troubles de l'intelligence, de la myotilité et de la sen-  
 i caractérisent l'ivresse alcoolique, se rencontrent, plus ou moins  
 ent modifiés, comme constituant un certain nombre d'ivresses parti-  
 ii se distinguent de l'ivresse alcoolique par leur cause. La pénétra-  
 l'économie de substances exerçant une influence notable sur les  
 erveux constitue cette origine. Ce qu'il y a ici de remarquable, c'est  
 esses qui résultent de cette pénétration constituent des phénomènes  
 sont le premier degré d'un certain nombre d'intoxications. Telles  
 l'ivresse de l'alcoolisme, celles qui précèdent l'*ergotisme*, l'intoxi-  
 le *sulfure de carbone*, l'intoxication par l'*opium* (Voy. INTOXICA-  
 a aussi décrit une ivresse due à l'ingestion des préparations de  
 resse quinique), dont on a rapproché l'ivresse dite *apiolique*, qui se-  
 ite par le persil. Il me suffit de les rappeler.

condition sur laquelle je dois insister, c'est qu'il n'y a pas seule-  
 ivresses et des intoxications, d'abord des lésions et des accidents  
 puis des lésions et des accidents permanents, comme effets toxiques  
 nces qui les produisent. Ces effets offrent une foule de degrés inter-  
 d'expressions quelquefois difficiles à classer. Cela est surtout vrai pour  
 e, comme l'a montré Lasègue dans un travail récent sur l'alcoolisme  
 arch. de méd., 1869). Il fait remarquer avec raison que toute théorie  
 e l'alcoolisme comme une unité est forcément entachée d'erreur.  
 degrés moyens, en dehors de la simple ivresse et de l'intoxica-

être tranchée, ce sont les moyens qu'il considère comme utiles à l'abscission maligne.

**JAMBE (Vaine).** — Voy. FIBRE JAMB.

**JUGULAIRE (Vaine).** — Voy. VEINEUX (Appareil).

**KÉLOÏDE.** — Cette affection est rare et mal connue. On la rencontre, au cou, aux bras. Pour Alibert, elle consiste en de petites tumeurs, souvent inégales, avec légère dépression centrale, dues tantôt à un rouge fixe ou à un rouge pilaire, et dont l'épiderme, aminci ou ridé, a la même l'apparence d'une cicatrice de brûlure au troisième degré. Pour Alibert la vraie kélôïde avait pour caractère une tache d'un blanc opaque au centre, autour de laquelle se faisait une congestion veineuse dans le voisinage et la tache présentait une légère teinte jaunâtre ou brune semblant comme pommelle. Lorsque la lésion ne disparaît pas spontanément surviennent des démangeaisons, avec douleur, raideur et durété de la tumeur (*Médec. chir. Transactions*, 1855).

**KYSTÈRE.** — C'est une matière azotée résultant de la putréfaction du mucus qui représente la matière azotée qui existe dans l'urine en quantité. La kystère forme une couche, dite *gélino-albumineuse*, observable vers la partie supérieure du liquide urinaire dès le deuxième ou troisième jour après son émission. Outre cette matière, la couche en question montre au microscope des vibrions, du carbonate et du phosphate de chaux, du phosphate ammoniac-magnésien. C'est à tort que la présence de ce corps est considérée comme un signe de grossesse, puisqu'on le retrouve en quantité dans toutes les urines (Voy. GROSSESSE).

**KYSTE.** — Parmi les kystes internes, dont je n'ai pas à faire ici l'énumération, les plus ordinaires sont les *kystes hydatiques* et les *kystes de l'ovaire*. Les *kystes hématoïques* de l'arachnoïde et les *kystes du pancréas* sont beaucoup plus rares.

A l'exception de ceux de l'arachnoïde, les kystes se développent habituellement avec lenteur, et ne donnent d'abord lieu à aucun signe lorsqu'ils sont profondément situés, peu volumineux, et par suite ils n'ont pas d'influence sur les fonctions des organes limitrophes : ce sont alors de simples lésions toniques. Lorsqu'ils sont plus volumineux, ils produisent, suivant leur siège, des troubles fonctionnels : les uns, qui n'ont rien de spécial, comme des gênes ou douleurs sourdes; les autres, plus caractéristiques, comme des phénomènes de compression, ceux de l'inflammation spontanée du kyste, et les accidents qui résultent de leurs RUPTURES.

Ces ruptures, heureuses ou fatales, et, avant tout, la constatation d'une tumeur formée par le kyste, sont les conditions essentielles du diagnostic (Voy. ÉTAT DES ET TUMEURS).

**LACTESCENTS (Liquides).** — Il arrive quelquefois que certains liquides de l'économie, comme le sang et les urines, offrent une coloration d'un blanc opaque analogue à celui du lait. Les anciens ont déduit de cette particularité les hypothèses, encore admises par le vulgaire, de la déviation du lait dans ses voies naturelles.

On sait aujourd'hui que l'aspect lactescent dont il est question est dû à des matières grasses émulsionnées dans les liquides qui le présentent, et qui disparaît instantanément par une addition d'éther qui dissout la graisse. La lymphe, liquide opalin et blanchâtre rendu par des fistules qui communiquent avec des vaisseaux lymphatiques, a aussi été prise pour lactescent. Lœwig et Vidal ont vu la lymphe ainsi accumulée dans le scrotum.

Comme l'a fait remarquer Cl. Bernard, les produits de sécrétions le principes empruntés au sang et d'autres principes élaborés par le lait emprunte au sang son *eau*, ses *sels*, son *albumine*, tandis que les mammaires forment la *caséine*, le *beurre* et le *sucré* de lait. Les du lait de la femme ont besoin d'être constatées assez souvent que, afin que l'on puisse saisir l'influence que peut exercer cette influence sur l'enfant, soit sur la mère. Il sera parlé à l'article MAMELLES les fournissent chez le nouveau-né, quoiqu'elles soient à l'état rudimentaire à cet âge.

À l'état sain, le lait de la femme présente des qualités physiques que je n'ai pas à rappeler en détail. On a considéré comme le lait propre à la nourriture de l'enfant celui qui est de densité convenable, et qui est riche en globules.

Le lait se juge approximativement à sa transparence ou à son opacité, et, plus exactement, si l'on en recueille une quantité, à l'aide des *lactomètres* divers qui ont été préconisés, et qui reposent sur le principe de l'aréomètre. Il est important de noter que lorsque le lait est pur, le poids de l'eau qu'il contient augmente.

Le lait que peut ingérer l'enfant à la mamelle est impossible à peser, car ce n'est en pesant l'enfant avant et après chaque prise de lait, comme N. Guillot; la différence des deux pesées indique la quantité de lait prise par l'enfant. On évite ainsi de se laisser tromper par le temps pendant lequel on prend le sein, et de croire à une grande quantité de lait lorsqu'il y en a eu peu.

À l'aide du microscope, le lait de femme est formé, comme tous les autres, de sérum et de globules qui auraient, suivant Bouchut (*Hyg. de la prem. enfance*, p. 192), un volume plus grand et plus

que dans les autres laits, comme le montre la figure 106; à ces globules sont mêlés quelques cristaux de caséine. Si l'on examine le colostrum de la femme, on y reconnaît

une matière grasse, et une grande inégalité dans les globules de beurre, les uns sont très-petits et réunis en masses, et d'autres très-volumineux,

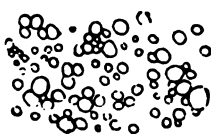


Fig. 106. — Globules laitieux sans mélange.



Fig. 107. — Lait altéré par les éléments du colostrum.

La forme des globules vus ainsi au microscope ainsi que leur volume sont considérés comme proportionnels à la qualité nutritive du lait. Devergie, en 1841, a insisté sur ce fait, que tout globule large appartient à un lait riche, et tout globule petit à un lait pauvre (*Bull. Acad. de méd.*, 1841). Mais, plus tard, M. Becquerel, les globules du lait seraient uniquement composés de matière grasse d'un volume très-variable et indépendant de la qualité du lait (*Soc. des hôpit.*, nov. 1850). Quant au nombre des globules, on a rappelé, dans la même discussion, que, d'après Miller, de Berlin, les nourrices pouvaient avoir un lait riche en globules, et Trousseau a fait son côté que le nombre des globules est plus considérable au milieu de la lactation qu'au début et à la fin. On voit qu'il n'est pas possible de se fier au nombre de globules dont il vient d'être question pour juger de la qualité du lait.



Becquerel et Vernois (*Ann. d'hygiène*, 1853) ont rigoureusement établi l'aide de l'analyse chimique, le lait des nourrices menstruées ou devenant telles. Il en résulte qu'alors non-seulement il est diminué de quantité, comme établi N. Guilloit (*Union méd.*, 1852), mais encore que la diminution porte sur la partie aqueuse et sur le sucre, tandis qu'il y a augmentation en parties solides et de la caséine. En un mot, *le lait est plus excitant* : seule constance dont le praticien doive tenir compte, en rejetant les hypothèses hasardées graves attribuées à tort à l'état de *menstruation* ou de *gestation* de la nourrice, lorsqu'elles ont lieu.

B. — Comment le lait est-il modifié sous l'influence des maladies? Cette question complexe a été étudiée aussi par Becquerel et Vernois (*loc. cit.*) qui résulterait de leurs analyses : 1° qu'à la suite d'*émotions morales vives* et de la *fièvre typhoïde*, tous les éléments solides du lait diminuent, excepté la caséine ; 2° que, dans les maladies aiguës fébriles en général, le poids des parties solides augmente, tandis que l'eau diminue (comme pour la menstruation) ; 3° qu'il en est de même dans les maladies chroniques, sinon que la diminution est notablement plus grande ; 4° que cependant, avec la *tuberculisation pulmonaire accompagnée de diarrhée*, il y a au contraire diminution des parties solides, la perte portant tout entière sur le beurre ; 5° qu'enfin, dans les cas de *syphilis*, la densité du lait augmente considérablement (surtout par les sels), tandis que le beurre diminue, et que le traitement par les mercuriaux semble au contraire augmenter les quantités de beurre dans le lait.

Ces notions peuvent être utilisées dans une certaine mesure pour le diagnostic des changements qui surviennent dans la santé des nourrissons, indépendamment de l'influence des principes nuisibles qui échappent malheureusement à toute analyse. La matière colorante de la bile a cependant pu être constatée dans le lait d'une femme ictérique, à l'aide de l'acide azotique qui le colore en bleu vert, ou en vert franc (*Arch. für phys. Heilk.*, 1849). C'est aussi ce que Bouchut a constaté.

**LANGUE.** — Cet organe a des fonctions complexes : il est l'organe du goût et de l'articulation des mots, et il concourt aux actes de la mastication et de la déglutition. Lorsqu'elle est médiocrement augmentée de volume, la langue conserve sur ses bords l'empreinte des arcades dentaires ; plus volumineuse, elle remplit la cavité buccale, se développe en avant hors des arcades dentaires et même des lèvres (dans le tétanos, dans l'épilepsie), ou bien elle se projette dans le pharynx, où elle gêne la respiration, au point parfois de produire l'asphyxie.

1° *Maladies.* — La langue est le siège d'une *congestion* qui augmente ou moins son volume dans certaines asphyxies, et dans certains cas d'obstruction de la circulation dans la veine cave supérieure. Elle est atteinte d'un assez grand nombre d'affections : fréquemment d'inflammation (*GLOSSITE*) ; plus rarement d'*abcès*, de phlegmons *gangréneux* ou d'*ulcérations* autres que celles qui résultent des aphthes. On l'a vue aussi être le siège du *rhumatisme musculaire* ; de *paralysie* (par suite d'hémorrhagie cérébrale ou de *méningite tuberculeuse*) ; d'une *paralysie* remarquable, indépendante de ces affections cérébrales, et affectant non-seulement la langue, mais les lèvres et le voile du palais (*Voy. PARALYSIES localisées*) ; d'*hypertrophie chronique* syphilitique, de *tumeurs* ayant ce dernier caractère, ou constituant des *cancroïdes* ou véritables *cancers* ; ou enfin dépendant de calculs salivaires visibles à la base inférieure de l'organe. La plupart de ces affections sont des maladies secondaires.

2° *Symptômes.* — L'aspect de la langue est très-variable. Rosée ou d'un rouge

l'état sain, elle est tantôt très-pâle (anémie), tantôt d'un rouge vif, soit sur toute sa surface, soit seulement sur ses bords, le centre est d'un enduit blanchâtre, jaunâtre ou brunâtre. Dans les maladies on trouve tantôt souple et humide, tantôt racornie et sèche, quelquefois brune, tremblante, sans que les particularités qu'elle présente soient, comme on l'a dit longtemps, en rapport avec des lésions locales. Si l'on excepte l'enduit limoneux d'un blanc grisâtre ou d'un jaune est un des meilleurs signes de l'embarras gastrique, on doit reconnaître que l'aspect de la langue peut être naturel avec des lésions de l'estomac, et très-modifié au contraire en l'absence de toute lésion locale. Elle est *déviée* dans l'*hémorrhagie cérébrale*, dont cette déviation est importante (Voy. p. 495), tremblante dans les *fièvres graves*, dans la *fièvre chronique*, l'*ivresse*, le *delirium tremens*, la *paralysie généralisée saturnine* et surtout l'intoxication *mercurielle*. Les lésions qui occupent la langue sont le plus souvent provoquées ou augmentées par l'exercice de ses fonctions rappelées plus haut. On a signalé comme lésion de *pharyngite granuleuse* une douleur particulière très-fatigante (Spengler).

La parole, celle de la mastication ou de la déglutition, par le fait même de l'usage de la langue, constituent les *symptômes fonctionnels* dont elle est le siège. Outre les enduits dont il est question plus haut, la langue est le siège du *MUGUET*, et bien rarement celui d'exsudations diphthériques. Les *PARASITES* végétaux microscopiques.

On a noté encore sur la langue la *nigritie*, due à une couche de cellules entourées de corpuscules pigmentaires visibles au microscope (Eulerord's Arch. f. phys. Heilkunde, 1853). Cette coloration, comme on le sait, n'est qu'une santé parfaite, a paru à Bertrand de Saint-Germain résulter d'un ecchymose dont la résolution a été marquée par une coloration jaunâtre aux bords (Acad. des sc., 1856). Les *vésicules* ou *lysses*, signalées comme image du frein de la langue comme épiphénomène de la rage, sont loin d'être généralement constatées dans cette dernière affection. Il en est de même des *lysses* signalées par Gambérini dans la coqueluche.

L'inspection de la langue a lieu principalement par l'*inspection*, qui rappelle les signes précédemment, et par le *toucher*, qui permet de juger de la mollesse ou de sa dureté, de la sécheresse de la langue, de sa mollesse ou de sa dureté, des noyaux d'induration qu'elle peut offrir.

**DIAGNOSTIC.** — L'écoulement des larmes dû à une cause pathologique, surtout du ressort de la chirurgie. Cependant le médecin constate le phénomène accidentel pendant les accès de *névralgie de la cinquième* comme symptôme de la *rougeole* et de la *grippe*.

**FIÈVRES (Fièvres).** — Voy. INTERMITTENTES (Fièvres ou affections).

**ENTOMOLOGIE.** — Voy. ENTOZOAIRES et PARASITES (Animaux).

**LARYNGITE.** — Plusieurs auteurs ont groupé sous le nom de *laryngites* les affections dont il ne sera pas question dans cet article, consacré uniquement au diagnostic de la laryngite simple, aiguë ou chronique. Celles que nous appelons *striduleuse*, *pseudo-membraneuse*, ou *œdémateuse*, constituent des maladies particulières, dont j'ai parlé aux mots CROUP, PSEUDO-CROUP et LA GLOTTE.

**Laryngite aiguë.**

**Signes du diagnostic.** — Ils varient suivant que la laryngite est légère

Lorsqu'elle est légère, il y a absence de fièvre. Le symptôme principal (parfois même le seul) est la *raucité de la voix*, qui passe des sons rudes à des sons aigus et criards; ou bien il y a *aphonie* complète. On a noté comme symptômes moins constants : une *sensation douloureuse* du larynx; une *toux* provoquée par l'acte de la phonation, par des picotements, l'ingestion d'une boisson froide ou le passage des aliments; des rares *blanchâtres*.

Lorsque la laryngite aiguë est *grave*, il y a : *fièvre* plus ou moins *douleur* plus vive au larynx, parfois exaspérée par la pression latérale supérieure du cartilage thyroïde; *déglutition* quelquefois impossible à cause de la douleur, *sensation d'un corps étranger* dans le larynx (Valleix, quelquefois quinteuse, suivie d'*expectoration* blanchâtre, parfois teintée de sang, *aphonie* presque complète, *respiration* difficile, rude, bruyante, *exacerbations* de dyspnée. Dans certains cas, enfin, il y a des symptômes de *sphyxie*, une *anxiété* extrême, du *délire* ou du *coma*, qui sont suivis de la mort. — Ce qui s'observe surtout chez les enfants. — L'emploi du laryngoscope a permis d'étudier sur le vivant l'inflammation même du larynx. La muqueuse est gonflée, injectée, rouge écarlate; l'épiglotte forme un bourrelet plus épais, les ventricules peuvent être comme effacés, la glotte est rétrécie, les cordes vocales inférieures, suivant Ludwig Turck (*Rech. clin. sur le larynx*, 1862), montrent une injection générale ou partielle, ou une teinte blanchâtre, analogue à celle que produit le contact du nitrate d'argent. — Il est à regretter que la laryngoscopie soit très-difficile à mettre en usage dans la laryngite aiguë.

2° *Inductions diagnostiques*. — Les symptômes locaux de la laryngite simple ou grave sont tellement bien localisés, que la question du diagnostic ne se pose que prime toutes les autres. Celle qui est légère est souvent confondue avec la simple congestion, qui doit son caractère essentiel à sa marche et à sa durée, simple et rapide, ainsi qu'à l'aspect simplement hyperémique de la muqueuse examinée au laryngoscope; cette muqueuse est boursoufflée et commode dans la vraie laryngite. Il faut aussi tenir compte pour le diagnostic dans tous les cas, des conditions dans lesquelles s'est développée l'affection. Si le malade a été exposé à des variations atmosphériques, s'il a une pharyngite qui le fasse abuser de la parole ou du chant, s'il a aspiré des vapeurs ou des poussières irritantes, si enfin, suivant la remarque de Cheyne applicable à la Grande-Bretagne, on a fait boire à un enfant du thé bouillant au lieu du lait, ce qui produit une véritable brûlure de la glotte, il en résulte la laryngite simple. On n'oubliera pas non plus que la laryngite est quelquefois secondaire dans la variole, la rougeole, et plus rarement dans la fièvre typhoïde où elle peut être ulcéreuse (Louis, Hardy, Bourgougnon, s'accompagnant alors d'accidents asphyxiques. Ces accidents sont dus soit à un œdème de la glotte; ils ont nécessité la trachéotomie, comme l'a fait Rayet, en 1854, et Frerichs, en 1855 (*Gaz. hebdom.*, 1856).

Le diagnostic différentiel est facile entre la laryngite aiguë et la pharyngite, que caractérisent les signes visibles de l'inflammation du pharynx. — Dans le *croup*, la toux, de même que la voix, a un timbre particulier plus rauque, plus étouffé; cependant la présence des fausses membranes sur les cordes vocales ou dans les crachats permet seule de distinguer cette affection de la laryngite aiguë grave. — Dans l'angine striduleuse (*pseudo-croup*) qui survient surtout chez les enfants, la maladie débute ordinairement d'une manière subite, la toux est une toux ayant le caractère croupal. — Enfin, dans l'œdème de la

piration est sifflante et difficile, et cette affection se déclare dans le cours de l'inflammation ou d'une ulcération des environs du larynx.

Il a établi plusieurs formes de laryngite suivant son siège anatomique ; mais il n'est sans importance pratique en dehors de celles qui résultent de l'intensité différente de la maladie, si l'on ne comprend pas sous la dénomination de laryngite toutes les affections du larynx ou des parties voisines qui étaient prises autrefois sous le nom générique d'*angines*.

L'œdème de la glotte, et la paralysie laryngienne, d'où résulte une aphonie guérissent par l'électrisation, viennent quelquefois compliquer cette maladie.

Il ne faut pas oublier que de véritables abcès peuvent se développer sous la glotte dans les laryngites graves, comme Artaud en a rapporté un exemple clinique (*Revue thérap. du Midi*, 1859). Il ne faut donc pas rejeter la possibilité d'une pareille complication, ainsi qu'on l'a fait.

**Pronostic.** — La laryngite aiguë n'a de gravité que lorsqu'elle est intense et phrénique, ainsi qu'on le remarque principalement chez les enfants, ou lorsqu'elle se complique d'œdème de la glotte, comme je l'ai rappelé plus haut.

#### Laryngite chronique.

L'emploi du laryngoscope a beaucoup élucidé la question de la laryngite chronique, comme le démontrent les travaux de Mandl (*Gaz. des hôpit.*, 1857, 61, 62) et ceux de Ludwig Turck (*Ouv. cité*).

**Éléments du diagnostic.** — Qu'elle soit légère ou intense, la laryngite chronique ne s'accompagne pas de fièvre. Elle est surtout caractérisée par la toux ou l'aphonie, par une douleur légère du larynx, une toux peu abondante, des crachats parfois pelotonnés, grisâtres, très-épais, rendus surtout le matin. L'application du laryngoscope montre la muqueuse d'un rouge plus ou moins foncé, depuis l'épiglotte jusqu'aux cordes vocales inférieures, et due à la congestion des capillaires, dont quelques-uns peuvent être saillants. Assez souvent on aperçoit des mucosités blanchâtres, gluantes sur les cordes vocales (Mandl).

**Inductions diagnostiques.** — Le diagnostic de la laryngite chronique ne saurait avoir la précision nécessaire que par l'emploi du laryngoscope, qui permet de voir la lésion elle-même, lésion dont on rapproche ensuite facilement les données. — La marche lente de l'affection complètera le diagnostic, de même que les antécédents étiologiques, parmi lesquels, dans les cas graves, on trouve les grands efforts de voix, l'abus des alcooliques, l'action du froid.

La laryngite chronique simple ne pourra pas être confondue avec l'aphonie aiguë qui survient brusquement et qui existe sans douleur, sans gêne douloureuse quelconque, sans expectoration.

Il est d'ailleurs impossible de reconnaître pendant la vie, d'après les symptômes et sans le laryngoscope, s'il y a ou non ulcération. Celle-ci est du reste évidente, qu'elle a été révoquée en doute par quelques auteurs ; cependant Mandl en a rapporté une observation (*Soc. des hôp.*, juin 1855).

La grande difficulté est de décider si l'on a affaire à une laryngite chronique ou non à une autre maladie. Dans les cas de laryngite symptomatique avec ou sans ulcération, il existe presque constamment une phthisie pulmonaire, et très-rarement une syphilis constitutionnelle ou un cancer du larynx, ce qu'il faut rechercher.

M. Trousseau et Belloc, qui ont publié, à propos de la phthisie laryngée (1837), un intéressant ouvrage sur la laryngite ulcéreuse, les signes concomitants des tubercules pulmonaires, ceux de la syphilis comme signes anamnestiques ou actuels (au niveau du pharynx), pourraient seuls révéler qu'il

s'agit d'une lésion dépendant, soit de la tuberculisation, soit de la syphilis constitutionnelle. — Quant au *cancer* du larynx, la présence de la tumeur sensible au toucher de l'arrière-gorge ou faisant saillie au dehors, le ferait aisément reconnaître.

La donnée la plus importante qui puisse décider la question des tubercules de la syphilis, comme points de départ de la laryngite chronique, ce sont les ulcérations spéciales que peut montrer le laryngoscope. Ces ulcérations sont pas malheureusement toujours appréciables par ce moyen, lorsqu'elles existent, parce qu'elles ne sont pas accessibles à cette exploration. On peut cependant établir que de fortes probabilités existeront pour des ulcérations laryngiennes, lorsque la laryngite chronique aura une marche lente, mais graduellement de plus en plus grave, qu'il y aura fièvre hectique, dépérissement (phthisie laryngée), et qu'en même temps on constatera les signes des maladies dont il vient d'être question. Il ne sera guère permis de douter de l'existence des ulcérations si, en outre, on constate une expectoration de crachats habituellement purulents, striés de sang, quoique ce dernier signe puisse exister sans ulcération de la muqueuse. Enfin le diagnostic sera certain si, en comprimant le larynx, on sent qu'il est le siège d'une crépitation due à la destruction partielle et à la mobilité des cartilages laryngiens, si des débris de cartilages accidentellement rendus par la toux, et si enfin le LARYNGOSCOPE permet de constater *de visu* l'ulcération elle-même.

3° *Pronostic.* — La laryngite chronique simple est peu grave; mais il n'est pas de même de celle qui est secondaire, principalement lorsqu'elle dépend de la tuberculisation ou d'une affection cancéreuse. Elle contribue alors par ses progrès à hâter la mort. Dans la syphilis, c'est au contraire la guérison et la cicatrisation de l'ulcération qui pourrait entraîner la mort en rétrécissant le larynx et en déterminant l'asphyxie, comme on l'a observé dans la trachée.

**LARYNGOSCOPE, LARYNGOSCOPIE.** — Ce n'est pas à Sell (1832), ni à Trousseau et Belloc (1836), comme je l'avais cru d'abord (1<sup>re</sup> éd. de ce dictionnaire), qu'est due la première idée d'employer un miroir réteur introduit dans l'arrière-bouche pour l'exploration visuelle de la glotte. Cette idée, Babington l'avait eue en 1829, et Bozzini dès 1807; mais elle n'est encore longtemps avant de devenir applicable.

Bennati vit la glotte à l'aide de l'instrument de Selligie; mais Liston (1835) et Garcia (1855) simplifièrent le procédé d'exploration en employant un simple petit miroir porté dans le pharynx à l'aide d'une tige, miroir sur lequel devait à la fois tomber la lumière extérieure et se réfléchir l'image de la glotte. Tout de Vienne, appliqua le premier la méthode au diagnostic des affections laryngiennes (1858); mais c'est à Czermak (1858), qui a surtout contribué à nous rendre familier en France (*Das Laryngoskope*, 1850), que l'on doit la vulgarisation du procédé. Il l'a rendu pratique, grâce aux perfectionnements qu'il a fait subir, notamment par l'adoption du miroir de l'ophthalmoscope, qui concentrait dans l'arrière-gorge la lumière réfléchie soit solaire, soit artificielle, ce que l'on n'avait pu obtenir suffisamment jusque-là. Depuis les publications de Turk et Czermak, la laryngoscopie a été l'objet de travaux dus à Bland (Arch. de méd., 1860, t. XV), Verneuil (Gaz. hebdom., 1862, 63, 64), Mandl, Krishaber, Moura, de Laboriette, Morell-Mackenzie, et à d'autres nombreux auteurs, qui n'ont fait que modifier l'œuvre de Czermak.

1° *Rôle de la laryngoscopie.* — La laryngoscopie a pour objet de révéler la vue du larynx et de diverses de ses parties, qui se réfléchissent dans le miroir oblique, d'où l'image suffisamment éclairée du dehors arrive à l'œil.

11. Cette constatation montre l'état de l'épiglotte, de la glotte, des cordes si l'instrumentation est convenable, jusqu'à la trachée et même parfois éron des bronches. On a appliqué aussi le laryngoscope à l'exploration nasales postérieures (*rhinoscopie* de Czermak), et même à l'examen de inférieure du larynx à travers la plaie de la trachéotomie; mais on n'a pu résultats satisfaisants de cette dernière application. Je ne fais que l'auto-laryngoscopie, qui n'a pour but que d'étudier son propre larynx, résultats obtenus sont par conséquent plutôt scientifiques que prati-

ns d'exploration. — Il y a à considérer, dans l'emploi du laryn- le miroir laryngien, qui doit être porté dans le pharynx; la lumière qui doit l'éclairer; la position du patient et de l'ob- servateur; la manœuvre de ce dernier.

a. — Un miroir laryngien de 18 à 20 millimètres de diamètre en moyenne, porté sur une tige métallique implantée dans un manche, compose la partie essentielle de l'appareil, fig. 108. Ce miroir peut avoir des dimensions différentes, indiquées figure 109, la grandeur moyenne étant la plus usitée; la forme ronde ou carrée importe peu. Sa surface est plane et son épais- seur assez grande pour conserver la chaleur nécessaire qui s'oppose à sa ternissure par les vapeurs aqueuses traversant l'arrière-gorge.

b. — Une lumière vive dirigée vers la gorge, et par conséquent réfléchie vers le larynx par le miroir, est indispensable. Aussi n'est-ce qu'à partir du moment où l'on a usé de miroirs réflec- teurs que l'exploration a été possible. En effet, l'obstacle le plus sérieux à l'emploi usuel du laryngoscope est l'insuffisance fré- quente de la lumière solaire ou artificielle. La lumière solaire, qui est la plus convenable, mais exceptionnelle, est reçue dans un miroir et dirigée vers le pharynx de l'individu à explorer. La lumière artificielle d'une lampe est le plus généralement em- ployée et renforcée autant que possible, soit en ayant recours au gazogène, soit en faisant traverser la flamme par un très-petit cou- rant de gaz oxygène, ce qui donne à la flamme un éclat incompa- rable (Cusco). Un moyen plus habituellement mis en usage et plus simple consiste à augmenter l'intensité de la lumière d'une bonne lampe en plaçant en arrière de la flamme un réflecteur plus ou moins puissant, et en avant d'elle une lentille plan-convexe (Krishaber, fig. 110), ou bi-convexe (Moura), à travers laquelle les rayons lumineux prennent tout l'éclat nécessaire pour bien éclairer les parties à explorer.

c. — La personne examinée doit être assise, les mains sur ses ge- noux, le haut du corps avancé, le cou tendu en avant, la bouche lar- gement ouverte, la langue aplatie en bas, tendue ou non au dehors. L'observateur, assis en face, règle d'abord l'éclairage de l'arrière-bou-

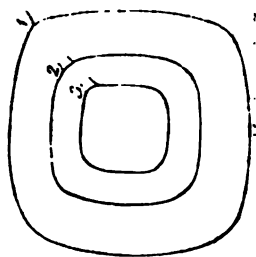


Fig. 109. — Les contours de trois modèles différents de mi- roirs laryngiens; l'insertion de la tige se trouve indiquée par 1, 2, 3.

Miroir  
acier  
mo-  
tège  
lente  
reco-  
nne.



che, la lampe étant placée à gauche de son axe visuel, puis il chauffe miroir à tige (ou laryngoscope), dont il éprouve au toucher la température. Quand le malade inspire profondément, on dirige le petit miroir derrière-gorge en refoulant la luette et le voile du palais pour donner à l'inspection la position convenable, et dirigeant l'examen suivant les images qui se présentent. L'exercice et la réflexion feront comprendre à chaque observateur



Fig. 110. — Laryngoscope de Krishaber. — A, réflecteur. B, lentille plan-convexe. C, miroir au malade à voir son larynx. D, support de l'appareil.

modifications qu'il doit faire subir au procédé suivant les circonstances en effet arriver à un certain degré d'habileté pour pratiquer la laryngoscopie chez les malades; car si quelquefois on atteint le but d'emblée, plus souvent, avant une exploration fructueuse, que le malade se soit exercé à ouvrir sa bouche, à maintenir sa langue abaissée, et surtout à supporter les contractions la présence d'un corps étranger au niveau de l'isthme du pharynx. Ces exercices préliminaires sont souvent indispensables.

Sous ce rapport, il faut distinguer les sujets habitués à l'exploration laryngoscopique, qui soumettent avec une grande facilité, et ceux qui, par l'appréhension de la cause laryngoscopique, l'introduction de l'instrument jusqu'à la gorge, par les mouvements involontaires de leur langue, et par les contractions involontaires et subites du voile du palais, ne peuvent se prêter que très-difficilement à son emploi, ou même le rendent impossible. — Quant aux premiers, à cet examen, qui savent laisser leur tête immobile, leur bouche ouverte, et qui peuvent supporter le contact du petit miroir appliqué au voile du palais sans qu'il en résulte d'effet réflexe (mouvement de vomissement), ils démontrent que la laryngoscopie peut être un procédé des plus simples, et facile que l'examen du pharynx à l'aide d'un abaisse-langue, comme il est à la vue de la figure précédente. Il arrive même quelquefois que l'examen des sujets qui sont d'emblée aussi faciles à explorer, parce que le voile du palais est anesthésié. Mais ce ne sont pas là les faits les plus ordinaires. — Quand on est en présence des difficultés individuelles rappelées tout à l'heure,

surmonter en employant les moyens suivants. Si la muqueuse de l'arche est trop irritable, il faut pendant plusieurs jours que le malade s'habitue à supporter dans la gorge le contact des corps étrangers, ou du doigt porté sur le voile du palais. Si ce procédé était insuffisant, recours au bromure de potassium, qui a été conseillé pour amortir la réaction pharyngienne. Un gargarisme avec 100 grammes d'eau contenant en 3 ou 4 grammes de ce bromure, ou des badigeonnages avec une solution de sel au dixième, sont les modes d'emploi auxquels j'ai eu recours. L'obstacle qui provient des mouvements involontaires de la langue ment surmonté, si, de sa main gauche, l'explorateur prend et maintient l'un des bords du voile du palais, l'autre main, pour appliquer le miroir laryngien de sa main droite. Malgré l'emploi de ces précautions, savoir qu'on peut rencontrer des personnes entièrement réfractaires, même contre leur volonté, et chez lesquelles, si l'on insiste, le vomissement survient avec des angoisses très-pénibles. Telle est du moins l'expression des faits que j'ai été à même d'observer.

Czermak n'a pas dissimulé les difficultés habituelles de l'emploi de la laryngoscopie : « L'introduction du miroir avec facilité et assurance, par conséquent sans excitation notable de l'arrière-bouche; la prompte détermination de l'exacte position du miroir à l'endroit le plus propice et le moins sensible, l'habitude de s'orienter avec des images réfléchies, surtout lorsqu'il s'agit des régions peu connues et de parties mobiles; les indications à donner à la personne examinée pour exécuter les mouvements et prendre l'attitude nécessaires à la disposition la plus favorable des parties buccales et pharyngiennes; enfin la régularisation de l'éclairage et de la direction visuelle : toutes ces circonstances exigent un degré d'exercice et de dextérité que l'on ne peut atteindre que par une *grande persévérance*, jointe à certaines notions préliminaires et à une certaine adresse naturelle » (Ouv. cité, p. 17).

Si, en même temps qu'on explore le larynx à l'aide du miroir, on veut diriger un instrument vers la glotte, il faut d'abord que le sujet soit habitué à la laryngoscopie depuis quelque temps. Il faut, de plus, qu'il vienne en aide au chirurgien.

— Spatule ou crochet des-  
cendre le voile du palais. —  
sans fenêtre. b, sans fenêtre.

sur lui laisser ses deux mains libres : la gauche, pour maintenir le petit en place, ce à quoi cette main doit être exercée comme la droite; et la

LEZ. — Dict. de Diagn 2<sup>e</sup> édit.



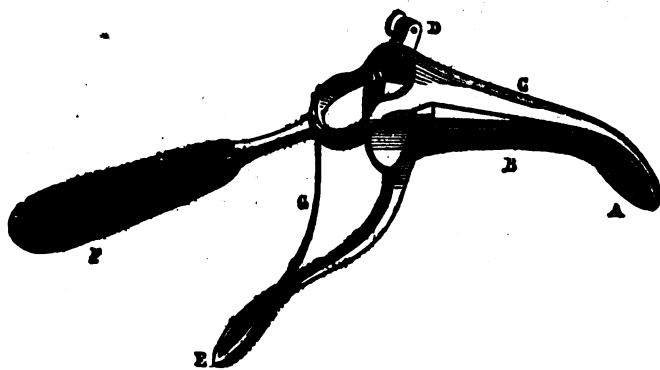
Fig. 112. — Orifice postérieur des fosses nasales. Cloison, cornets et orifices des trompes d'Eustache. La face postérieure bombée du voile occupe la partie inférieure de la cavité nasale.

droite, pour diriger les instruments à introduire jusque dans le larynx pour cela que la tête du patient soit maintenue dans la position la plus favorable, et que lui-même se maintienne la langue hors de la bouche en extrémité avec un linge.

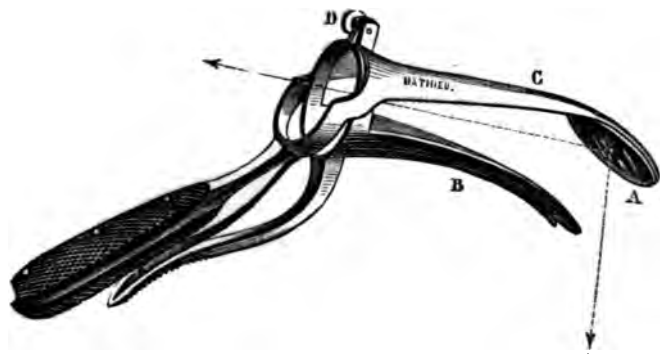
Quant à la rhinoscopie, qui permet de voir l'état des fosses nasales, *fig. 112*, elle est d'une application plus difficile que la laryngoscopie, puisqu'elle exige l'usage des deux mains de l'observateur, l'une relève le voile du palais à l'aide d'un crochet particulier tandis que l'autre applique le miroir obliquement dirigé en haut et en avant, encore il faut que l'individu exploré maintienne sa langue tirée hors de la bouche.

Jusqu'à présent j'ai supposé qu'il n'y avait pas d'autre instrument que le petit miroir à tige pour l'exploration laryngoscopique. Mais ce serait être considéré comme le dernier mot de l'emploi du procédé, il faut le simplifier en même temps que perfectionner. C'est dans ce but que se montre le spéculum laryngien de de Labordette, chirurgien de Lisieux.

D'après Robin (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 724), cet instrument dont il me suffit de donner les figures 113, 114 et 115 pour en faire bien c



*Fig. 113.* — Spéculum laryngien de de Labordette, fermé. — A, miroir laryngien. B, valve inférieure. C, valve supérieure. D, charnière. E, F, manches. G, ressort maintenant l'instrument fermé.



*Fig. 114.* — Spéculum de de Labordette, ouvert. — A, miroir laryngien. B, valve inférieure. C, valve supérieure. D, charnière.

trachée, de même que des signes indépendants des lésions que ces parties peuvent présenter, il faut savoir d'abord ce que l'on voit dans le miroir laryngien.

l'emploi  
cile à  
ne pr  
de na  
le p  
nomb  
jets,  
compl  
miroir  
pour  
tion  
glotte  
rynx,  
parti  
sur el  
cathét  
la tra  
perme  
l'œil  
l'extré  
sonde.

3<sup>e</sup> s  
Pour l  
des lé  
le lary  
perme  
tater  
de la l  
langue,  
glotte,  
et mén

est en place, chez l'homme sain. C'est ce que montrent les figures 116 et 117 pendant le repos des parties, la seconde pendant l'émission du son qui fait élargir la glotte.

Les lésions aiguës rendent l'exploration plus facile et plus pénible. Les lésions chroniques.

Le véritable avantage que l'on trouve dans l'usage du laryngoscope

est contre précisément le cours des maladies chroniques dans les

cas où le larynx est lésé, dans lesquelles on

peut se faire une idée exacte de cette lésion.

Les cas d'aphonie chronique, dont les causes

sont si variées (l'APHONIE), laissent

doute dans le diagnostic du laryngoscope seul

de préciser. Des plaques muqueuses sur l'épiglotte,

des végétations, des rétrécissements de la glotte,

des tumeurs épithéliales, etc., s'accompagnent

de troubles fonctionnels. Or, le laryngoscope

facilite facilement de reconnaître l'espèce de lésion

existante. Le laryngoscope devient égale-

ment un moyen de diagnostic aussi certain que possible, dans une foule de circonstances où précisément il y aurait, sans lui, impossibilité de décider s'il y a

une lésion matérielle à l'origine des voies aériennes profondes. Dans le cas de

laryngite, il facilite énormément l'ablation de certaines tumeurs laryngiennes pen-

dant leur constatation. Ce sont là des conséquences heureuses de l'usage du laryngoscope, qui sont parfaitement établies aujourd'hui. Mais ce ne sont pas

les seules.

Les affections intra-thoraciques, comme les anévrysmes de l'aorte, agissent

paralysant une des cordes vocales par le tiraillement du nerf récurrent cor-

respondant; or, cette paralysie, visible au laryngoscope, a pu mettre sur la voie

diagnostic d'abord douteux de l'anévrysme. Jakson en 1864 et Potain en 1865

ont publié des faits qui démontrent l'importance de ce signe (*Voy. ANÉVRYSMES*, p. 74).

Jeidel, d'Iéna, sur cinq cas d'anévrysmes de la crosse de l'aorte, l'a trouvé aussi une fois dans un fait où la paralysie atteignait l'épiglotte

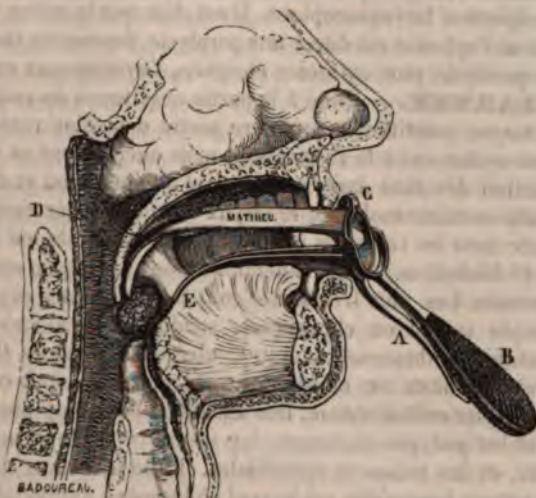


Fig. 115. — Spéculum laryngien de de Labordette en place, et ouvert par le rapprochement des manches A, B. C, charnière. D, miroir où se reflète le larynx.

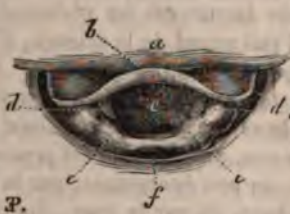


Fig. 116.



Fig. 117.

Examen du larynx, l'épiglotte étant relevée. — a, base de la langue. b, épiglottis. c, paroi antérieure de la trachée. dd, cordes vocales inférieures. ee, tubercules des cartilages de Santorini. f, œsophage. g, ligament aryéno-épiglottique. hh, cordes vocales supérieures. i, bronche droite. j, bronche gauche.

et le palais du même côté (*Deutsch Klinik*, 1868). Le laryngoscope de plus à Potain, dans le fait qu'il a rapporté, que la paroi trachéaleiblement refoulée par la tumeur anévrysmale, autre signe nouveau à l'inspection laryngoscopique. Il est clair que le même procédé permet de savoir si l'aphonie est due à une paralysie des cordes vocales due à une paralysie plus ou moins éloignée, l'hystérie par exemple.

**LARYNX.** — Situé à la partie antérieure du cou et en avant de l'œsophage, le larynx constitue la première partie des voies respiratoires profondes non-seulement à la respiration, mais encore, par sa portion glottique, à la production des sons dans les actes de la phonation et du chant. Quoiqu'il ait une certaine mobilité, le larynx n'est que légèrement dévié de sa position normale dans les cas rares où une tumeur se développe dans son voisinage.

**1° Maladies.** — Les affections dont le larynx est le siège sont nombreuses. Les plus fréquentes sont les différentes espèces de laryngite simple (aiguë ou chronique), striduleuse (*PSEUDO-CROUP*), diphthérique, pseudo-membraneuse (*CROUP*), ulcéreuse aiguë ou chronique (*phthisis laryngis*). L'ŒDÈME DE LA GLOTTE a été considéré par certains auteurs comme une laryngite œdémateuse. Des affections beaucoup plus rares que les précédentes sont les *polypes* du larynx, les *végétations*, le *cancer*, les *hydatides*, et des tumeurs épithéliales. Enfin le SPASME de la glotte, la PARALYSIE de la glotte, l'APHONIE lorsqu'elle est le seul phénomène appréciable au niveau de la glotte, sont encore considérés comme des affections du larynx.

Toutes ces maladies ou lésions laryngées, qui se rattachent souvent à une affection morbide général, ne sont pas également faciles à diagnostiquer; la HÉMORRHAGIE ou hémorrhagie du larynx est un phénomène pathologique souvent impossible, dans l'état actuel de la science, d'établir le siège exact dans l'organe qui m'occupe (*Voy. p. 486*).

**2° Symptômes.** — La douleur au niveau du larynx est très-variables; qu'elle est spontanée, elle est vaguement localisée par le malade à la partie antérieure et moyenne du cou, ou bien elle est provoquée ou augmentée par les mouvements respiratoires un peu énergiques, par la déglutition, et surtout par l'exercice de la voix, du chant, ou par la toux. Son intensité n'est pas la même dans la plupart des cas, si ce n'est lorsque la toux produit au niveau du larynx une sensation passagère de déchirement, comme dans certaines laryngites aiguës. La pression du larynx d'avant en arrière provoque quelquefois de la douleur.

Les symptômes fonctionnels fournissent souvent des signes d'une grande valeur. Je viens de dire que les mouvements respiratoires, la phonation, la toux et la déglutition même pouvaient être douloureux. La respiration peut en outre être rendue difficile par un obstacle que le malade localise dans le larynx par suite de la sensation de gêne qu'il y éprouve; plus, le rythme des mouvements respiratoires est quelquefois modifié, l'expiration étant beaucoup plus courte que l'expiration; le passage de l'air est sonore à distance, soit dans le premier temps, soit dans les deux temps respiratoires. La voix peut être rauque, étouffée, modifiée, en un mot, dans sa qualité; l'aphonie est souvent complète. La toux peut présenter un timbre éclatant, ou au contraire étouffé. La déglutition est parfois sensiblement gênée.

Les mucosités et les exsudats expulsés du larynx par la toux sont quelquefois caractéristiques; mais d'autres fois il est difficile de décider si les expectorations proviennent du larynx lui-même ou d'une partie plus profonde des voies respiratoires. On a tout lieu de croire que les matières expectorées viennent

1° lorsqu'elles sont expulsées plutôt par une expiration brusque que par un mouvement de toux, et que les signes physiques n'annoncent pas la présence de mucosités dans le reste des voies aériennes; 2° lorsqu'il existe en ce temps des signes fonctionnels localisés dans le larynx; 3° lorsqu'il se rattache à ces signes des crachats striés de sang, ou bien lorsque les mucosités sont épaissies et rendues sans quinte de toux, semblent avoir été moulées dans les ventricules du larynx; 4° on aura, non plus des probabilités, mais une certitude que les parties expulsées proviennent du larynx si on y reconnaît des fragments de cartilages laryngiens, ou des fausses membranes qui portent l'impression des parois de ce conduit ou qui forment des espèces de viroles d'un diamètre trop grand pour appartenir aux autres portions des conduits respiratoires.

**Exploration.** — L'exploration du larynx fournit aussi des signes d'une grande valeur. — L'inspection lui est devenue applicable, grâce au perfectionnement qui a été apporté aux instruments explorateurs (*Voy. LARYNGOSCOPE*). Évidemment, l'inspection ne pouvait s'exercer que très-incomplètement, dans les cas exceptionnels où l'on avait été forcé de pratiquer la laryngotomie. Il n'est pas inutile de rappeler qu'alors l'inspection a été quelquefois un moyen de contrôle du diagnostic porté, en rendant évidentes l'absence ou la réalité de la lésion soupçonnée, des fausses membranes diphthériques, par exemple. J'ai raconté, à propos du croup, le signe indiqué par Wilson pour reconnaître si le croup réside dans le larynx ou dans le poumon (p. 261). — La palpation superficielle du larynx, que l'on presse d'avant en arrière ou en lui imprimant des mouvements de latéralité, réveille parfois une douleur dont la constatation est utile au diagnostic; d'autres fois, elle fait sentir des espèces de craquements qui indiquent l'altération profonde des cartilages. Il ne faut pas oublier, à ce propos, qu'une sensation de craquement bien moins tranchée se produit quelquefois chez l'homme sain pendant les mouvements de latéralité, par suite des frottements réciproques des cartilages laryngiens. L'introduction dans le pharynx d'un stylet indicateur, surtout lorsqu'il est armé de la virole métallique de Loiseau, permet facilement jusqu'à l'orifice de la glotte, et cette palpation est le meilleur moyen de reconnaître l'engouement ou l'œdème du pourtour de cet orifice. L'épingle sert de guide pour cette exploration comme pour l'introduction dans le larynx de la sonde de Loiseau, qui n'a d'importance que comme auxiliaire théorique. Quant à la pince dilatatrice du même auteur, son extrémité recourbée peut quelquefois extraire des fausses membranes flottantes dans le larynx, mais sa présence pouvait d'abord n'être que soupçonnée. — L'auscultation du larynx a été de la part de Barth l'objet de recherches consciencieuses comme elle le doit être. Le stéthoscope, placé sur l'un ou l'autre côté du larynx, fait entendre, comme phénomènes physiologiques, un bruit respiratoire sonore creux et caveux, un retentissement vocal à son maximum, et une sensation évidente du passage rapide de l'air à travers un espace étroit. Ces signes peuvent servir à trouver la position d'un larynx qui se trouve englobé dans une tumeur cervicale. Comme phénomènes pathologiques, on trouve parfois le bruit respiratoire plus rude ou plus râpeux; d'autres fois on entend un sifflement plus ou moins prolongé, ou bien un petit cri aigu tout particulier, un ronflement qui est, dans certains cas, comme métallique, un bruit humide à grosses bulles, ou enfin, plus rarement, une espèce de râle mou, de tremblotement, comme si un voile membraneux était agité par l'air. Ces signes stéthoscopiques, comme le fait remarquer Barth, sont secondaires, et doivent être placés qu'en seconde ligne comme signes des affections laryn-



gées, après les symptômes fonctionnels. On trouvera leur signification, articles qui les concernent, soit à ceux qui sont consacrés aux diverses laryngées.

**LASSITUDE.** — Voy. COURBATURE.

**LENTIGO.** — Voy. MACULES.

**LÈPRE.** — Les dermatologistes modernes ont donné ce nom à une cutanée squameuse qui ne paraît être qu'une variété de psoriasis, et que je n'ai pas par conséquent à insister. Ce n'est pas là cette lèpre autrement grave qui a sévi en Europe au moyen âge, avec une intensité qui motiva la fondation d'innombrables maladreries destinées à interner les malades dont la maladie était réputée contagieuse. On est d'accord pour admettre que cette véritable lèpre n'est autre chose que la maladie décrite sous la dénomination d'éléphantiasis des Grecs ou lèpre des Grecs, dont il va être question.

**LÈPRE DES GRECS.** — Cette maladie a été longtemps considérée comme une forme de l'éléphantiasis, divisé en *éléphantiasis des Arabes* et *éléphantiasis des Grecs*. Duchassaing a eu le mérite, en donnant une bonne définition de ces deux formes (*Arch. de méd.*, 1854 et 1855), de préparer la publication de la monographie si importante qu'a publiée Brassac, sur la lèpre des Grecs, sur l'éléphantiasis des Grecs, sous la dénomination de *lèpre des Grecs*, il n'y a plus à douter qu'il s'agisse d'une maladie tout autre que l'éléphantiasis des Arabes (Voy. ÉLÉPHANTIASIS), avec laquelle la lèpre n'a de rapport que l'augmentation extérieure plus ou moins considérable des parties atteintes. Brassac a démontré que cette lèpre des Grecs est une lèpre générale cachectique bien caractérisée, et qui est bien la lèpre si souvent décrite dans les documents historiques les plus anciens (*Arch. de méd.*, 1866, t. VI).

Avant d'en faire l'étude diagnostique, je dois faire remarquer, avec que l'on ne saurait donner une exacte définition de la maladie que j'ai résumé de ses principaux symptômes. Cette définition ressortira donc de la même des éléments du diagnostic. La lèpre des Grecs est dite *lèpre tuberculeuse* ou *aphymatode* selon qu'elle est tuberculeuse ou non tuberculeuse. Les deux variétés ont été l'une et l'autre qualifiées d'*anaïsthète* ou d'*hyperaïsthète* selon qu'il y a perte ou exaltation de la sensibilité.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les qualifications relatives à la lèpre des Grecs qui viennent d'être rappelées montrent qu'une déformation de la peau extérieure et des troubles de la sensibilité sont des signes très-importants pour l'observateur; mais ils sont loin d'être les seuls qui puissent être de départ des inductions diagnostiques.

Suivant Duchassaing, la maladie se présenterait sous trois aspects et comprendrait trois périodes. — On reconnaîtrait la première à des taches chez les blancs, et plus noires que la peau chez les nègres, parfois avec une élévation à leur niveau, puis à des plaques de psoriasis ou de pityriasis (sur les bras et aux jambes), à la paralysie d'un ou de plusieurs membres, et plus tard à la déformation des doigts, qui deviennent crochus, avec courbure en *chute des ongles* à la suite de l'ulcération de leur bord libre. — À la deuxième période appartiendrait l'*hypertrophie hideuse du visage* avec ou sans tubercules charnus généralement connus, et l'apparition de deux autres variétés de tubercules signalés par Duchassaing : tubercules *plats* (plaques de psoriasis avec épaississement de la peau), se montrant surtout aux coins du visage, et tubercules *pisiformes*, ressemblant à des gouttes de suif recouvertes

brane transparente. — La troisième période serait une période d'ulcérations graves survenant sous la plante des pieds et aux mains (où elles entraînent *la destruction des phalanges*), et se montrant au niveau des tubercules, à la face, mais, très-souvent à la face interne du tibia. Ces ulcérations peuvent entraîner la perte de la voix, la cécité et même la mort.

Brassac a fait remarquer avec raison que la maladie ne suivait pas toujours l'évolution de trois périodes, et que ces périodes sont isolément des formes que la lèpre peut prendre. Il n'y aurait donc pas entre elles un enchaînement nécessaire, mais isolement ou simultanéité suivant les cas. L'auteur, que nous allons citer en contribution, nous en fournira les preuves, en nous permettant de résumer les données succinctes de diagnostic qui précèdent, dans les indications qui suivent.

*Inductions diagnostiques.* — Lorsqu'il y a des prodromes à la lèpre des Grecs (phénomènes fébriles plus ou moins prolongés), ils ne sauraient servir à diagnostiquer la maladie. Mais il n'en est pas de même d'un signe d'involution qui a une grande valeur, et qui consiste en une éruption de bulles de peigne à évolution rapide, ou de pustules disséminées; ces lésions peuvent se résorber, mais le plus souvent elles s'ulcèrent. Ces éruptions ont une expression caractéristique quand elles se font sur des points déjà occupés par des taches brunes, qui sont un des meilleurs caractères de la lèpre dite aphyllée.

On reconnaît ces taches à ce que les unes sont rouges, mal circonscrites, de la plus grande abondance, ayant fait dénommer la maladie *mal rouge* de Cayenne; d'autres jaunâtres, avec très-léger relief sensible sous le doigt, rappelant parfois l'aspect des taches hépatiques, et mélangées aux précédentes. Cette association des deux sortes de taches est par elle-même un bon signe; et lorsqu'il s'y joint une anesthésie qui succède à leur niveau, à une hyperesthésie entrant au début, on est mis sur la voie du diagnostic, surtout si les taches sèches, sans être squameuses, comme le sont les plaques de psoriasis, sont observées en même temps que les diverses manifestations de la lèpre des Grecs.

Quand la maladie présente ces caractères, qu'elle peut conserver durant plusieurs années, le diagnostic, quoique pouvant se baser sur un ensemble de signes suffisants, ne sera facilement formulé que par les médecins à même d'observer habituellement des faits de ce genre. Pour les autres, il faudra plus d'indices : l'existence des tubercules et des ulcérations, des tubercules surtout.

Les tubercules sont le signe le plus caractéristique de la lèpre des Grecs. Ils sont de forme sphéroïde ou plats, de volume variable. Les plus volumineux, les plus charnus, se montrent surtout au visage qu'ils tuméfient, sillonnent de profondes en donnant à la tête un aspect léonin hideux et effrayant. Il s'y fait ailleurs des perversions sensoriales de la peau et des sens qui complètent le diagnostic. Les tubercules envahissent les muqueuses, l'œil, le conduit auditif, les yeux (voix rauque nasonnée, dyspnée), et peuvent s'étendre à toute la surface du corps, sauf au cuir chevelu, à la plante des pieds et à la face palmar des mains, où Brassac ne les a jamais rencontrés. Là où ils existent, la peau est sèche, perd son élasticité, mais en même temps la sécrétion sébacée est abolie par places. Les ongles se déforment, tombent et repoussent rugueux et déformés (*onyxis spiloplastique* de Duchassaing), les poils blanchissent. De même les muscles de la main s'atrophient, d'où résulte une déformation signalée par Duchenne et Boeck, mais que Duchenne a rapportée à sa véritable cause : *atrophia localisée*, 3<sup>e</sup> édition, 1869). Dans trois faits qu'il a observés à Paris,

et qui concernaient des individus nés en Amérique ou qui y avaient séjourné, a constaté cette atrophie avec tous ses caractères, c'est-à-dire avec l'atrophie des parties molles de la main et la courbure des doigts en griffe, com-



Fig. 118.



Fig. 119.

voit figures 118 et 119, et l'un de ces malades, couronné à l'atrophie des muscles (Voy. ATROPHIE MUSCUL. p. 113, et MAIN, p. 612).

Quand la maladie a atteint un degré de développement tel qu'elle ne peut plus être méconnue, on a pour forte raison son diagnostic certain quand l'ulcération est devenue fatale de son pronostic. Ces ulcères variqueux ou scrofuleux ont fait des progrès in-

interrompus par une cicatrice incomplète et trompeuse. Danielssen et Boeck ont signalé dans des ulcères couverts par des croûtes épaisses, des acaries produisant des démangeaisons insupportables. L'ulcération étend ses ravages destructeurs soit aux articulations (surtout des mains et des pieds), d'où résultent l'élimination des phalanges, et même de plus grandes parties des membres, soit aux muqueuses nasale, buccale, pharyngienne, laryngienne même, avec destruction profonde des parties, douleurs affreuses et écoulement infect. Les fonctions nutritionnelles, on le comprend sans peine, éprouvent un ébranlement profond. Il faut pas oublier que cette grave période d'ulcération peut succéder immédiatement à la période pemphigoïde ou echthymateuse, sans qu'il y ait de

La marche essentiellement chronique de la lèpre des Grecs est caractéristique; elle se fait par poussées plus ou moins rapides, et sa durée variable, dure rarement moins de deux ans. — Quoique les éléments étiologiques soient très-obscurs, il est important de se rappeler que la maladie se rencontre dans les climats extrêmes : les régions polaires et équatoriales. C'est au Brésil, en Norvège et en Islande qu'on la rencontre, favorisée par le climat et une hygiène déplorable. La contagion, admise dans l'antiquité, a été démontrée de nos jours; l'hérédité, au contraire, doit être admise avec une certaine mesure.

Il est facile de comprendre que c'est surtout au début de la maladie qu'elle peut se confondre avec des affections cutanées toutes différentes. — Si seules existent des macules, on pourrait croire d'abord à une syphilis; mais les taches ne présentent pas ces altérations de la sensibilité qui manquent aux manifestations cutanées de la vérole. — Le même caractère distinguera ces macules d'être confondues avec les *ephélides*, erreur qui est assez commune (Schilling). — Les tubercules ne seront pas pris pour des *nodules syphilitiques*, si l'on tient compte des autres particularités de la lèpre ou syphilis. La confusion serait ici regrettable en raison du traitement mercurial pouvant produire une aggravation dans l'état général de la maladie. — De même que les taches peuvent induire en erreur, de même la pustuleuse ou bulleuse si promptement prise pour une affection simple, ou même, dans le cas de bulle, pour une simple brûlure au

le malade a intérêt à cacher son mal. — Enfin, quand la maladie est les ulcères lépreux désorganisent les orteils, et, examinés séparément, faire croire au *mal perforant* du pied; mais ce mal est local, et la lèpre par excellence.

Ce qui précède, nous n'avons pas à revenir sur le *siège* occupé par les lésions elles-mêmes, qui affectent plus particulièrement le pied. On retrouve, sous le microscope, les éléments plus ou moins altérés des tubercules. Je n'insiste pas non plus sur les *formes* de la lèpre, ou non être tuberculeuse.

Les *complications*, outre celles qui résultent des progrès même de la lèpre, comme la perte de certaines parties des membres, la destruction des os, du nez, celle de l'œil, le rétrécissement du larynx entraînant parfois l'asphyxie, etc., on compte l'*éléphantiasis des Arabes* ou des Barbades, qui n'est autre qu'une complication de la lèpre des Grecs, ce qui a fait sans raison les deux maladies.

*Prognostic.* — La terminaison par la mort peut survenir par les seuls progrès de la maladie et des désordres organiques qu'elle entraîne, et fréquemment par des phlegmasies accidentelles des organes respiratoires. En attendant, le malade subit des mutilations qui lui donnent un aspect repoussant et rendent son existence malheureuse et précaire. La maladie présente quelques temps d'arrêt fort longs, selon l'âge, le régime et la position de la lèpre. Les temps d'arrêt peuvent être pris pour des demi-guérisons, et peut-on confondre avec eux les guérisons radicales qu'on a cru constater.

*Lethargie.* — On a considéré la léthargie tantôt comme une sorte de *trépas momentané*, dont les réveils momentanés s'accompagnent d'incohérence d'idées, et tantôt comme la *mort apparente*. La léthargie, sous ces deux aspects, se rencontre principalement comme manifestation de l'*HYSTÉRIE*.

*LEUCÉMIE, LEUCOCYTHÉMIE.* — L'exagération du nombre des globules blancs du sang, reconnaissable au microscope (*Voy. LEUCOCYTES*), n'est-elle, comme on l'a dit, la lésion fondamentale d'une affection particulière? ou bien n'est-elle qu'un phénomène pathologique se rencontrant dans un certain nombre de maladies? Il est indispensable d'être fixé sur l'un ou l'autre de ces points, afin de donner un diagnostic vers un but bien défini lorsque l'on constate l'exagération des globules blancs du sang. Voyons donc rapidement ce que les faits, et les théories, doivent faire admettre au praticien; car la question me paraît présenter une opportunité qu'à l'époque où parut la première édition de ce livre. J. H. Bennett et Virchow, et, après eux, suivant Leudet, Charcot (*Bull. c. de biol.*, 1853), Vigla (*Bull. de la Soc. des hôpit.*, 1856), E. Vidal a publié une intéressante monographie, a analysé et commenté trente-deux observations, en ne s'occupant toutefois que d'une forme particulière de l'affection, la *leucémie chronique* (*hebdomad.*, 1856), et enfin, suivant Trousseau (*Leçons cliniques, hôpit.*, 1858), la leucocythémie serait une entité morbide caractérisée par une cachexie particulière qui aurait pour caractères fondamentaux l'augmentation notable des globules blancs du sang et l'hypertrophie, soit de la rate (*forme splénique*), soit des ganglions lymphatiques (*forme lymphatique*).

La valeur et l'appui de ces autorités, tous les observateurs sont loin de cette manière de voir, qui a la fragilité de celles que l'on fonde sur un restreint de faits, observés à l'exclusion de ceux qui peuvent contrebalancer la théorie hâtive que les premiers ont suscitée.

est, en effet, la théorie de la leucocythémie dite maladie.



unique non-seulement dans des cas analogues à ceux qui ont été  
Virchow, mais encore dans des *cachexies véritablement paludéennes*  
dans des faits de *cachexie cancéreuse*.

En second lieu, il n'est pas moins avéré que la lésion leucémique  
*n'a jamais fait défaut* dans des faits caractérisés par des symptômes  
semblables à ceux que l'on a attribués à cette lésion du sang. L'as-  
surance en fut donnée à la Société des hôpitaux (dans la discussion qui eut lieu  
1856) les travaux entrepris en Allemagne sur le sujet qui m'occupent  
quelques notes critiques dans lesquelles on déclarait avoir observé d'au-  
trefois d'*anémie avec tumeur de la rate, sans leucocythémie*. Ces cas  
étaient-elles autre chose que des cachexies semblables à celles de Virchow?  
La lésion considérée comme fondamentale? Il n'est pas permis d'en douter.  
même, quelques mois plus tard, je rencontrais à l'hôpital Necker un cas de  
cachexie observée avec le plus grand soin, présentant tous les caractères de la  
leucocythémie décrite comme maladie, et un développement considérable de la  
rate sans fièvre intermittente antérieure (*leucémie splénique* de Virchow)  
mais *le sang, examiné pendant la vie et après la mort, ne présentait aucune*  
*d'augmentation du nombre des globules blancs* (*Union médicale*, 1857).

Cette seule observation dans laquelle l'hypertrophie de la rate n'était  
nullement d'une oblitération de la veine splénique, comme le démontre la  
autopsie, en dit plus que tous les raisonnements, pour démontrer que la leucocy-  
thémie n'est pas une lésion fondamentale à laquelle on devra rattacher tous les  
symptômes de la maladie. Mais il y a plus : la même conclusion est  
à la *forme lymphatique* de la maladie de Virchow. Pendant que l'on discutait  
la question de la leucémie à la Société des hôpitaux, Bonfils communiqua à la  
Société médicale d'observation un fait remarquable de cachexie chronique  
*hypertrophie énorme de tous les ganglions lymphatiques, développement*  
*de la rate, asphyxie mortelle par hypertrophie des ganglions bronchiques*  
*absence d'augmentation des globules blancs du sang plusieurs fois contrôlée*  
Ch. Robin (*Recueil de la Soc. méd. d'observ.*, t. D). Ici la leucémie

mon prouit, dans la leucocythémie, une *dyspnee extreme caracte-*  
*que* les globules blancs, jouant le rôle d'infarctus dans les vaisseaux  
et des reins, y déterminent des épanchements hémorragiques, d'où  
*gie cérébrale* dans le premier cas, et l'*albuminurie* dans le second.  
constaté avec Ranvier des amas de globules blancs provenant d'hé-  
capillaires dans divers organes, notamment dans le foie et les reins  
*physiol.*, 1869). Parmi les hémorragies variées qui ont coïncidé  
cémie, on a signalé l'hémophilie (Laveran, *Gaz. hebdom.*, 1857).  
connera l'existence de la leucémie ainsi comprise à la coloration  
articulaire du sang, et on la constatera directement par l'examen du  
microscope, ainsi que je l'ai indiqué ci-après au mot LEUCOCYTES  
(CACHEXIE SPLÉNIQUE ou LYMPHATIQUE).

**LEUCOCYTES** (globules blancs du sang). — On sait que ces éléments  
du sang, vus au microscope, ont un volume supérieur à celui des  
globules rouges, et qu'il varie entre 0<sup>mm</sup>,010 et 0<sup>mm</sup>,014. Ils ne sont, chez l'adulte,  
dans la proportion de 1 pour 100 ou 200 globules rouges, ou, plus  
exactement, suivant Moleschott et Welker, de 1 globule blanc pour 357 colo-  
globules rouges. D'après cette évaluation, l'importance est de savoir que leur  
nombre ne doit pas atteindre 25 ou 30 et même 50 pour 100, ce qui caractérise l'*état*  
*anémique* du sang ou la *leucocythémie*. C'est à ce point de vue que les  
nous intéressent, et qu'il me paraît nécessaire d'indiquer comment  
éviter cette exagération de leur nombre et les précautions que l'on doit  
prendre pour éviter les causes d'erreur.

On a à sa disposition une certaine quantité de sang obtenue par suite  
d'hémorragie ou par l'application d'une ventouse scarifiée (Becquerel),  
ou simplement une gouttelette de sang obtenue par une piqûre.

Dans le premier cas, le simple aspect du sang qui contient une exagération  
de globules blancs a des caractères qui sont parfois assez tranchés pour attirer  
l'attention pendant la vie. Au lieu d'être d'un rouge plus ou moins franc ou noi-



empilés par groupes, et ceux-là globuleux, plus gros et partant plus ou moins nombreux suivant le nombre total des globules des disques. Si le sang est en partie coagulé, leur comparaison est loin d'être exacte. J'ai fait remarquer (*Soc. des hôpitaux*, 1856) que, s'il se trouve un disque blanc pressé entre les deux lames de verre du porte-objet, presque tous les autres globules blancs se groupent au pourtour, où leur proportion paraît énorme, et vers le centre, on en trouve à peine. Il faut donc, en pareil cas, et en outre, soigner toute concrétion sanguine de la préparation si l'on veut se faire une idée de la proportion des globules, examiner la préparation dans son étendue, et surtout s'assurer toujours que les leucocytes ne se sont pas accumulés à la périphérie.

Pour établir la proportion des leucocytes dans le sang que l'on examine, on n'a pas d'autres moyens que l'appréciation visuelle, soit dans le champ du microscope, soit dans le tube dont il a été parlé d'abord, et où la haute couche blanchâtre et grumeleuse, comparée à celle de la couche inférieure brun rougeâtre, indique la proportion relative des globules blancs. Dans les cas les plus ordinaires, l'examen au microscope ne permet qu'à une évaluation approximative, les globules rouges empilés ne peuvent être facilement comptés. On admet qu'il y a exagération pathologique du nombre des leucocytes lorsqu'ils représentent le quart, le tiers ou la moitié des globules rouges, comme je l'ai dit en commençant.

Donders et Moleschott ont démontré (1847) que le nombre des globules rouges normaux augmente momentanément après les repas, ce qui a été confirmé par Pury et Hirt. Il serait intéressant de rechercher s'il en est de même dans la leucocythémie.

On a considéré d'abord ces globules blancs du sang comme des corpuscules pus. La vérité est qu'aujourd'hui on regarde comme impossible de distinguer à l'examen microscopique les leucocytes des globules de pus. Dans le pus, traité comme un liquide, les leucocytes forment même une masse filante et visqueuse, additionnée du même sérum (*Revue médicale*, 1856).

agin, il est *opaque*, d'un *blanc crémeux* ou caséeux. On peut établir une règle générale que, dans les cas de lésions de la muqueuse, le liquide prend un aspect purulent, circonstance importante qui ressort des observations consciencieuses de d'Espine (*Arch. de méd.*, 1836, t. X). Le liquide que forme sur le linge des *taches* grisâtres, consistantes comme celles du pus. On peut souvent le voir sourdre, soit de l'orifice utérin, soit du vagin.

Examiné au microscope, on trouve, outre les leucocytes, des pus, des épithéliums, des cellules, etc. Le docteur d'Espine (*Arch. de méd.*, t. I) a figuré des cellules cytomembranées provenant d'une inflammation des muqueuses utérines et vaginales, décrits aussi par lui-même qui considèrent de la fièvre comme de l'intérêt. Senne (*Traité des maladies*, nucus varie quelquefois en bulles et donnent une odeur fétide, ce qui permettrait con-

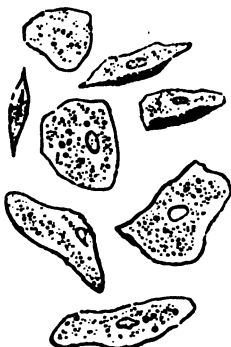


Fig. 120. — Epithélium du vagin (Lionel Beale).



Fig. 121. — Epithélium du vagin (Lionel Beale).



Fig. 122. — Moule composé d'épithélium de l'utérus (Lionel Beale).

avec la présence d'un parasite microscopique : la *trichomonade* (fig. 51 (p. 366)).

conséquences de la leucorrhée abondante et prolongée, je dois signaler en premier lieu la *faiblesse*, la flaccidité des chairs, la *pâleur*, l'*anémie* et surtout la *gastralgie*, l'*entéralgie*. Un fait moins bien démontré, la leucorrhée pourrait par elle-même produire des *végétations*, qu'il faut garder dès lors de considérer comme syphilitiques, et qui seraient à celles observées dans le cours de la grossesse (*Voy.* p. 470).

H. Beigel, la sécrétion du col utérin est toujours alcaline, et celle du vagin (*Arch. de méd.*, 1856, t. VIII). Ces caractères ne peuvent guère servir à un diagnostic anatomique, qui nécessite l'exploration au spéculum.

**litions pathologiques et signification.** — L'examen direct des voies est indispensable pour déterminer l'origine de l'écoulement. Tantôt on trouve des lésions locales qui l'expliquent, et tantôt la muqueuse paraît saine. Si, au contraire, il existe des lésions, elles peuvent occuper seulement la vulve (*Voy.*

**VULVITE**), l'utérus ou le vagin. — La *congestion utérine* explique la leucorrhée qui précède et qui suit les règles chez certaines femmes. Les *granulations* du col, la *métrite*, une *ulcération*, une *déviatio*n utérine, un *polype*, un *cancer* peuvent expliquer immédiatement la production de l'écoulement. Il en est de même lorsque, dans le vagin, on constate des rougeurs dépendant d'une *inflammation* simple ou *blennorrhagique*, des *érosions* ou des *ulcérations*, ou des *granulations*, comme celles qui surviennent avec de la leucorrhée, du cours de la grossesse (*vaginite granuleuse*).

Lorsque le spéculum ne fait constater aucune lésion apparente dans le vagin ou au niveau de l'utérus, il peut cependant se faire, si l'écoulement a lieu par le col utérin, qu'il y ait une lésion dans une partie cachée de l'organe. On admet cette probabilité si le liquide est purulent, strié de sang, séro-sanguinolent. Quant à la lésion elle-même, elle me paraît impossible à déterminer d'après la nature du liquide.

Il y a tout lieu de croire qu'il y a une *leucorrhée* proprement dite, c'est-à-dire catarrhale ou idiopathique, si le liquide utérin est transparent ou opalin, aqueux ou aqueux, produisant sur le linge des taches comme gommées et lement grisâtres, tandis que, si le liquide est sécrété par la muqueuse vaginale, est plus fluide, mais opaque, crémeux, montrant au microscope une grande quantité de cellules épithéliales, et formant en se desséchant sur le linge des taches d'un gris sale ou brunâtre, larges, mal circonscrites (Reclam).

La détermination de la source vaginale ou utérine de la leucorrhée est considérée comme importante à un grand nombre de praticiens, à Fleury Churchill entre autres, qui regarde la leucorrhée utérine comme la plus fréquente, et comme expliquant les troubles généraux graves qui coïncident quelquefois avec la leucorrhée (*Traité prat. des malad. des femmes*, trad. de Wieland et Dubrisay, 1866). Graves, à priori il est vrai, pense que l'organe du vagin, avec sa sensibilité exquise et ses sympathies nombreuses, suffit à rendre compte de ces troubles généraux (*Clin. méd.*, 57<sup>e</sup> leçon).

Les données étiologiques de la leucorrhée seront également utiles au diagnostic. Celle du vagin, qui s'observe assez souvent chez les petites filles, est portée principalement à la *malpropreté* ou à la *masturbation*. Mais on doit aussi la rapporter au *froid*, à l'*affaiblissement*, à une *mauvaise éducation*, à l'application de *substances irritantes* (F. Churchill), et surtout à l'*influence catarrhale*, que l'on a vue agir épidémiquement dans les hôpitaux d'enfants malades (Boivin et Dugès; Kinder-Wood). Le vulgaire croit quelquefois à un attentat criminel, là où il existe une affection bénigne spontanée. — Chez la femme, le *coût répété*, un *avortement*, un état *chloro-anémique*, des *dérangements utérins*, dans lesquelles la leucorrhée serait constante, selon Valles, enfin une *névralgie lombo-abdominale* (ou utéro-lombaire), ont été considérés comme des causes habituelles de leucorrhée. — Enfin M. Duncan (*Edinb. med. journal*, 1860) a signalé, chez les femmes âgées, la leucorrhée exempte de toute lésion, et qui pourrait faire croire quelquefois à une affection cancéreuse qui n'existe pas. L'écoulement est alors muco-purulent, plus ou moins épais, parfois mélangé de sang, et d'une odeur putride. Il acquiert lorsque la matière séjourne seulement quelques heures dans l'utérus. De plus, le rétrécissement du col de l'organe causé par l'atrophie, une *flutuation* dans la position déclive de l'utérus, donneraient lieu à la rétention de cette matière et alors surviendrait dans les reins et dans le ventre une douleur analogue à celle de l'accouchement. L'emploi de la sonde utérine et du spéculum peuvent empêcher une erreur de diagnostic; mais la sonde utérine, si on la croit utile,

forme, la simple agglomération de petites papules rouges ou decolorées surtout au début. 2° Plus tard, ce ne sont plus de simples *papules agglomérées* qui peuvent faire porter le diagnostic du lichen ; il plus ou moins affaissées, surtout lorsque l'affection tend à la guérison, les recouvrent. 3° Ou bien, excoriées par le grattage ou par des démangeaisons parfois atroces, elles sont *surmontées de croûtes* grisâtres ou noirâtres dues au dessèchement de la sérosité. Enfin, les papules disparues, il a persisté un *épaississement et une rugosité de la peau* qui est rude et sèche au toucher, et qui présente des rides comparables avec justesse aux hachures parallèles de certains dessins, et qui peut aller jusqu'à constituer des crevasses.

Ces différents aspects sont plus ou moins caractéristiques des diverses variétés du lichen, classées par les dermatologistes. Il est dit simple, circonscrit ou par bandes (*gyratus*), livide ou violacé, invétéré (rides et sécheresse rugueuse) ; enfin il a été dénommé suivant son siège, soit au niveau des follicules pileux (*trichomycosis*), où il prend l'aspect de la chair de poule, soit au périnée (lichen *perinealis*) ; il revêt la forme des hachures de dessin, et s'accompagne de démangeaisons très-vives.

La durée du lichen est ordinairement très-longue, sujette à des recrudescences et à des récidives, et s'observe principalement à l'automne et au printemps chez les individus secs et nerveux, ou exposés au contact de substances irritantes. Il ne paraît pas contagieux ; cependant Devergie admet cette contagion. Le diagnostic, en l'absence des papules, est assez difficile à établir, et les signes, suivant Hardy, sont alors la sécheresse et l'épaississement de la peau, ainsi que l'exagération des plis. Ce qui augmente quelquefois les difficultés, c'est le mélange des vésicules de l'eczéma aux papules du lichen, d'où l'*eczéma lichénoïde* ou lichen eczémateux, appelé aussi *lichen* ; la marche est rapide, aiguë, et qui se complique de sécrétion et de prurit semblables à celles de l'eczéma. Il y a, en un mot, combinaison



**LIME** (Bruit de). — Voy. VASCULAIRES (Bruits).

**LIPOTHYMIES**. — Voy. SYNCOPÉ.

**LOCHIES**. — Quoique se rattachant aux suites immédiates de l'accouchement, dont je n'ai pas à m'occuper dans cet ouvrage, je dois rappeler que la suppression annonce ordinairement l'invasion d'une phlegmasie acci-  
plus souvent une *métrite*. Ollivier (d'Angers) a considéré aussi cette su-  
comme une cause de congestion de la moelle.

**LOCOMOTEUR** (Appareil). — Voy. MUSCLES, MYOTILITÉ, SQUELETTE.

**LOMBAGO**. — Voy. RHUMATISME musculaire.

**LOMBES**. — Les régions lombaires, situées à droite et à gauche des dernières vertèbres, et à leur niveau entre les côtes et la partie postérieure des os coxaux, correspondent principalement aux deux reins, dont je n'ai pas à m'occuper dans cet article (Voy. REINS). Mais ces deux organes sont recouverts par des parois musculo-cutanées dont quelques particularités méritent d'être mentionnées. C'est d'abord l'épaisseur considérable du muscle sacro-lombaire, uni de ce côté en une masse musculaire commune avec le long dorsal et le transverse, et l'épineux, et la difficulté d'explorer l'existence du rein situé en profondeur; mais, en suite la dépression que l'on peut le palper comme un point médiatement en dehors de cette masse musculaire, la pression au niveau de laquelle se trouvent les foyers de la névralgie lombaire, ainsi que le point connu sous le nom de Vallet, avoir d'abord de chercher le point douloureux des apophyses lombaires (Voy. NEURALGIE lombaire).



Fig. 123. — Lordose paralytique des spinaux lombaires (Duchenne).



Fig. 124. — Lordose paralytique des muscles de l'abdomen (Duchenne).

épineux, et la difficulté d'explorer l'existence du rein situé en profondeur; mais, en suite la dépression que l'on peut le palper comme un point médiatement en dehors de cette masse musculaire, la pression au niveau de laquelle se trouvent les foyers de la névralgie lombaire, ainsi que le point connu sous le nom de Vallet, avoir d'abord de chercher le point douloureux des apophyses lombaires (Voy. NEURALGIE lombaire).

Duchenne attribue toute l'influence à l'atrophie ou à la paralysie des muscles de cette région.

des muscles antagonistes exercent sur l'attitude du tronc. L'affaiblissement musculaire des muscles sacro-spinaux produit une lordose dans l'équilibration nécessite le renversement en arrière de la partie supérieure du corps, de manière que la ligne de gravité tombe en arrière du tronc, fig. 123, et que la flexion du tronc en avant produit une chute impossible à éviter. Il faut distinguer cette lordose de celle qui caractérise l'ensellure l'atrophie des muscles abdominaux, fig. 124, avec saillie des fesses, et dans l'

est « tellement développé par la dilatation immodérée de la masse que la taille et le tronc se déforment; que plus tard la marche et laissent se prolonger un peu sans provoquer de la fatigue et quelque- douleur dans la région lombaire; enfin que des douleurs internes obligent une ceinture qui vient en aide à la paroi abdominale impuissante à contenir les viscères » (*Arch. de méd.*, 1866, t. VIII).

Les lombes que siègent une des variétés les plus fréquentes du *rhumatisme lombaire* (lombago), et les douleurs que l'on observe au début de la variole, notamment de la *variole*. Cette douleur est quelquefois atroce (coup de barre).

**ICS.** — Voy. ENTÉROZOAIRES.

**SE.** — Voy. DÉVIATIONS VERTÉBRALES, et LOMBES.

— Voy. SCROFULIDES.

**ANGITE.** — Voy. ANGIOLEUCITE.

**LYMPHATIQUE** (Appareil). — Les vaisseaux et les ganglions qui composent l'appareil lymphatique ne sont pas tous également accessibles à la palpation. Les vaisseaux ne le sont pas chez l'homme sain, et les ganglions ne sont sentis à la palpation que dans certaines parties, aux aines,

et dans d'autres pathologiques que présentent les vaisseaux lymphatiques sont ceux de l'ANGIOLEUCITE, des *varices* ampullaires des troncs lymphatiques, ainsi que des *varicosités des réseaux* lymphatiques soulevant (Fitzner, Demarquay, Cam. Desjardins), et dont l'ouverture laisse échapper à goutte un liquide opalin, se coagulant à la manière du sang. Le liquide est fourni par les plaies et les fistules lymphatiques, si diffuses (Voy. *Thèse* de Binet, 1858). Ces varices des vaisseaux lymphatiques sont d'ailleurs assez rares; mais ce qui l'est encore plus, c'est l'*inflammation thoracique* qui, dans un seul cas rapporté par J. Worms



) rendent facile. Aussi lui ai-je emprunté les contre, *fig. 125 à 132*, qui montrent, bien ne le pourrait faire une simple description, la ces déformations comme signes. J'ai déjà, au (des Grecs), donné deux figures qu'on peut rap- celles de cet article.



125.



Fig. 126.



Fig. 127.

trophie du court abducteur et opposant du pouce, empêchant le pouce d'être porté vers les de la même main (Duchenne).

trophie musculaire graisseuse de tous les muscles de l'éminence thénar. Le premier méta- entraîne en arrière, sur le même plan que le deuxième métacarpien, par le long extenseur tagoniste des muscles qui concourent à l'opposition du pouce (Duchenne).

lain dont presque tous les muscles sont détruits par l'atrophie, ce qui donne aux doigts de main de cadavre. Quelques faisceaux persistants du long extenseur du pouce entraînent etacarpien sur le plan du deuxième métacarpien.



Fig. 128.



Fig. 129.

ets de l'atrophie isolée des faisceaux du fléchisseur sublime envoyés au médius et à l'annulaire. uralysie et atrophie des interosseux consécutivement à la blessure du nerf radial, ce qui a ex doigts le pouvoir d'étendre les trois phalanges parallèlement à la direction des méta- premières phalanges se renversent sur les métacarpiens, et les deux dernières au contraire it, ce qui donne à la main la forme d'une griffe.

La main est en outre le siège de douleurs, qui ne présentent pas de particularités intéressantes à rappeler, si ce n'est que les deux derniers doigts engourdis et douloureux dans la *névralgie cubitale*, et que les mêmes s

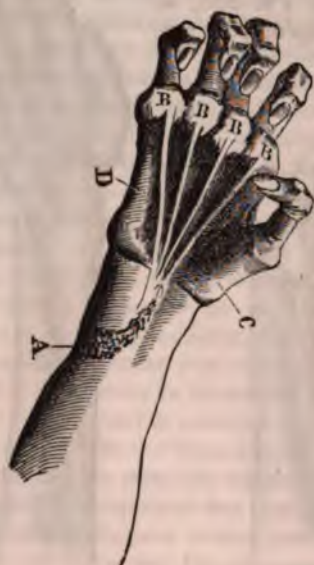


Fig. 130.



Fig. 131.

Fig. 130 et 131. — Main en griffe par paralysie atrophique des muscles de la main droite consécutive à un rétrécissement du nerf cubital. A, cicatrice de la lésion. B, B, B, B, têtes des métacarpiens hypertrophiés. C, D, régions thénar et hypothénar. Les tendons extenseurs et fléchisseurs forment des reliefs qui soulèvent la peau (Duchenne).

s'observent principalement au niveau du pouce, si la névralgie occupe le radial.

Il arrive quelquefois que la main, sans présenter de déformation, sans être le siège de troubles de la sensibilité, ne peut exécuter certains mouvements :



Fig. 132. — Paralysie et atrophie des muscles de la main consécutives à une luxation scapulo-humérale (intra-caracoidienne) (Duchenne).

extension, par exemple, lorsque les *extenseurs* sont paralysés ; la difficulté de saisir de très-petits objets, comme cela arrive dans les *paralysies progressives* ou incomplètes ; l'impossibilité d'écrire en ligne de gauche à droite, lorsqu'il y a

*ie ou contracture des rotateurs de l'humérus* (p. 238). Dans le 1<sup>er</sup> cas, il faudra soupçonner une intoxication saturnine ; dans le second, l'existence de lésions des centres nerveux ou des muscles qui servent à la préhension ; dans le 3<sup>ème</sup> cas enfin, il faudra rechercher, au niveau des muscles rotateurs, des accidents. D'autres fois l'impossibilité d'écrire provient non-seulement d'une contracture, mais des mouvements désordonnés des doigts, de leur tremblement ou de leurs contractions cloniques, ce qui constitue la *crampe des écrivains* (Voy. CONTRACTURES, ATROPHIE MUSCULAIRE, et PARALYSIES locales). — (Voy. aussi ONGLES).

**DIES.** — Tous les auteurs des traités de pathologie interne se trouvent en présence d'une difficulté capitale : celle de la classification générale des maladies. La classification qui ne saurait, quoi qu'on fasse, se baser sur un principe unique. Le cadre alphabétique de cet ouvrage nous fait heureusement éviter cette difficulté, puisqu'il donne place à toutes les entités morbides sans même discuter, sans nous obliger à forcer les analogies ou les dissimiles pour établir les espèces. Une nosographie méthodique est cependant indispensable au praticien, car elle est un des points d'arrivée du diagnostic ; nous allons donc rappeler en quelques mots comment j'ai compris, dans cet ouvrage, le cadre nosologique.

La condition de classification n'est admissible que dans les cas où elle conduit à la fois de moyen et de but au praticien, dans ses investigations. Or, les renseignements obtenus, ou les particularités observées, le conduisent à l'un des trois résultats suivants : 1<sup>o</sup> il détermine une maladie d'une nature *étiologique* est bien connue ; 2<sup>o</sup> sans pouvoir bien connaître l'étiologie de l'affection, il constate une *lésion anatomique* qui se traduit directement ou indirectement par des signes caractéristiques ; 3<sup>o</sup> ou bien il ne peut aller au-delà d'un groupe de symptômes caractérisant des maladies dont on ignore la nature étiologique et qui n'ont pas de manifestation clinique apparente.

La triple base de la nosologie acceptable au lit du malade. Il va sans dire que pour arriver à spécialiser la maladie et ses particularités essentielles, nous avons grand compte aussi des distinctions conventionnelles qui sont du domaine de la pathologie générale, comme du groupement des maladies par appareils ou par organes, dans lesquels se rencontrent principalement certaines maladies, ainsi que des distinctions des maladies en générales ou locales, en aiguës ou chroniques, en continues ou intermittentes, en épidémiques ou sporadiques, en accidentelles ou congénitales.

**DE BASSINE, ou DE VER.** — Cette affection des doigts et de la main qui attaque les fileuses de cocons de vers à soie, a été décrite par le Dr J. Bassine, de Lyon (1852). Il faut savoir que les fileuses, assises auprès d'une bobine remplie d'eau chaude, s'appliquent à dérouler et à réunir les fils des cocons détrempés et ramollis qui surnagent.

Le mal de bassine est une maladie locale essentiellement aiguë. Elle consiste dans une inflammation d'abord *érysipélateuse*, bientôt accompagnée d'une *éruption vésiculeuse*, puis d'une *desquamation* qui peut terminer la maladie. Parfois, aux vésicules succèdent ou se mêlent des *pustules* qui, sans être purulentes, ressemblent à celles de la vaccine, et occupent la main sur les faces, et principalement les trois premiers doigts. Enfin l'éruption peut se compliquer quelquefois d'*inflammation phlegmoneuse* du tissu sous-cutané et des gaines tendineuses, avec angioleucite.

Les caractères de cette éruption, joints à la connaissance de la profession

des malades, en rendent le diagnostic facile. Suivant Gibert (*Arch. méd.*, 1852), elle aurait été également observée chez des ouvriers anglais qui s'étaient servis de caractères trempés dans la solution d'un cuivre.

Le mal de bassine n'est pas d'ailleurs une affection redoutable. Il ne peut jamais compromettre les organes affectés, même lorsqu'il se complique d'une inflammation plus profonde et de lymphangite, le pus, dans ce cas, n'étant qu'une issue au dehors, du huitième au dixième jour, à travers les plaies, dans leur voisinage.

**MAL DE MER.** — On désigne ainsi l'ensemble des troubles de la circulation dont souffrent, le plus généralement, les personnes qui se sont embarquées pour la première fois, ou à de longs intervalles, aux oscillations d'un navire. Les personnes impressionnables éprouvent, à bord, des vertiges analogues toutes les fois que leur équilibre est instable ou que leur système passivement soumis à des mouvements d'ensemble, dont ils ne peuvent ni l'amplitude ni la direction (Le Roy de Méricourt, *Guide du médecin*, Valleix; 5<sup>e</sup> édit., t. I). L'escarpolette, la voiture, le transport à cheval produisent des effets analogues au mal de mer chez certaines personnes.

Le diagnostic est des plus faciles lorsque, dans les conditions que je viens de rappeler, on constate les symptômes suivants, qui sont de trois ordres : des *vertiges* caractérisés par de l'étonnement, des tournoisements de tête, le tout font chanceler; puis des symptômes *gastriques*, malaise à l'épigastre, nausées, vomissements, et enfin, si le mal a une certaine intensité, aux vomissements joint un *collapsus* profond qui fait tomber l'individu comme une masse inerte, indifférent pour lui-même et pour tout ce qui l'entoure, jusqu'à ce qu'un nouveau effet de la mer soit dissipé ou que l'on touche la terre, ce qui produit tous les accidents. Cependant, suivant Sémanas, on pourrait éprouver le mal de mer littoral et sans naviguer, comme il croit l'avoir observé à Alger, les symptômes d'un véritable mal de mer. J'ai donné des soins à une dame pour de fréquents accès de mal de mer survenant chaque jour à quatre heures de l'après-midi et se dissipant après une heure de durée. Quelques jours avant l'apparition de ces accès loin du littoral, cette dame en avait éprouvé un tout semblable pendant une promenade en mer qu'elle avait faite à Dieppe par un beau temps. Les accidents périodiques cédèrent facilement à l'emploi du quinine.

Le mal de mer constitue une affection qui est souvent extrêmement grave et parfois très-prolongée, mais qui paraît n'avoir pourtant jamais occasionné la mort.

**MAMELLES.** — Les maladies des mamelles chez la femme sont le plus souvent d'origine chirurgicale. Comme signes se rattachant à des conditions internes de l'économie, on rencontre la *turgescence accidentelle*, parfois douloureuse de ces glandes : dans le cours des affections aiguës, après la disparition rapide des oreillons, au moment de la menstruation pendant la *gestation*. La couleur brônâtre des mamelons est souvent un bon signe de la *grossesse*. Enfin on a rencontré quelquefois des tumeurs du sein, soit au point de constituer une véritable maladie (*Voy. G. RHÉE*).

Quoique à l'état rudimentaire chez l'enfant nouveau-né, les deux glandes mammaires offrent ceci de remarquable qu'elles sécrètent et se gonflent. Morgagni avait fait connaître ce phénomène d'une manière explicite, lorsque Gubler le signala formellement de nouveau (*Union méd.*,



**DIE DE BRIGHT.** — Voy. BRIGHT (Maladie de).

**E.** — Voy. FOLIE.

**ISME.** — Voy. ANAIGRISSEMENT.

**IE.** — Voy. MYOTILITÉ, PARALYSIES.

**ICATION.** — Voy. MAXILLAIRES (Régions).

**OIDIENNE** (Région). — Voy. TÊTE.

**TÉ.** — 1<sup>o</sup> *Caractères.* — La diminution d'intensité du son que percussion thoracique, comparativement au son clair obtenu par le même des caractères connus de tous lorsqu'elle constitue la matité franche, semblant à la *chair frappée*, suivant l'expression d'Avembrugger, ou du par la percussion médiate de la cuisse. Mais la matité, comme ex- e la diminution d'intensité du son, présente des degrés ou des nuances moins bien accentuées et qui ont reçu les noms de *submatité*, *son u obscur*. Je crois avoir démontré ailleurs (*Arch. de méd.*, 1855, les sons mats de percussion varient autant par leur tonalité respective ntensité; mais la science n'est pas encore bien fixée sur les applica- ces principes à la pratique. Si je les rappelle, c'est pour signaler l'er- laquelle on tombe quelquefois en attribuant à une matité légère cer- brences de sonorité qui sont dues uniquement à de simples différences (Voy. PERCUSSION de la poitrine).

ctères de la matité, outre son degré plus ou moins bien accentué, se ncipalement sur son siège, son étendue et la forme de son contour, té ou sa mobilité, et enfin sur son origine. Une prétention inadmis- elle qui veut assigner des caractères différents à la matité fournie par parenchymes organiques, de même que cello qui veut démontrer que de certains organes peut être délimitée par la percussion au milieu sse de tissus aussi compacts que ces organes, comme la matité des aux recherchée au niveau des lombes.

produire au niveau de la matité.

**MAXILLAIRES** (Régions). — Ces régions, qui correspondent au maxillaire supérieur et inférieur, sont le siège de douleurs et de gonflements qui servent à caractériser plusieurs affections du ressort de la chirurgie interne. Tels sont : les *douleurs névralgiques* des branches supérieure et inférieure de la cinquième paire ; le phénomène du grincement de dents, la difficulté de la mastication (comme dans l'angine et certaines stomatites) et enfin la difficulté ou l'impossibilité d'ouvrir la mâchoire inférieure.

Cette impossibilité d'écartement peut dépendre d'une lésion ou de l'inflammation de l'articulation temporo-maxillaire, d'une contracture des muscles masséters ou des crotaphytes, d'une *pharyngite* aiguë, de brides cicatricielles suites de *gangrène de la bouche* ou d'une *stomatite*, comme Nélaton en a rencontré un exemple (*Gaz. des hôp.*).

**MÉDIASTINS.** — Les organes nombreux qui occupent le médiastin peuvent subir un déplacement latéral par suite d'épanchements pleuraux ou de tumeurs limitrophes. On y rencontre de plus les signes des lésions du cœur, des gros vaisseaux, du tissu cellulaire ou des ganglions. Il serait superflu de rappeler ici. Des abcès (p. 4), et surtout des tumeurs, sont les lésions qu'on y rencontre le plus souvent ; elles se manifestent par des accidents de compression des vaisseaux, des nerfs ou des bronches qui se trouvent contenus dans les médiastins (*Voy. POITRIN*).

**MÉLANÉMIE, MÉLANOSE.** — Depuis que Laennec a comparé la mélanose comme un tissu accidentel analogue au cancer, on a reconnu dans cette affection d'une infiltration plus ou moins considérable de pigmentaire ou de pigment dans les tissus normaux ou hétéromorphes (*PIGMENT*). La prétendue mélanose des poumons caractérisée par une coloration noire ou d'un gris cendré, observée chez les mineurs par Brockm



sur la même tumeur microscopique, sont le point de départ de tumeurs mélanotiques de l'œil lui-même, tumeurs récidivant sur place comme cancer. Demarquay a observé un fait remarquable de ce genre : une tumeur mélanotique de la cornée, grosse comme une lentille, était repa-  
-re avoir été excisée par Desmarres, et récidiva de nouveau après que l'on eut enlevée lui-même une seconde fois. Six mois après, elle se manifesta dans un ganglion parotidien, puis forma une tumeur ganglionnaire le en arrière du cou, et enfin le malade succomba à des accidents qui furent attribués au développement d'une tumeur semblable dans

Suivant de Græfe, les récidives se font de préférence dans le foie et les nerveux. Marjolin les a observées sur toutes les parties du corps (ibid., 1868). Le développement de ces mélanoses pigmentaires internes ne peut être diagnostiqué que comme tumeurs, dont la nature pigmentaire est évidente si des tumeurs extérieures semblables existent. J'ai signalé un cas de asphyxie due à une tumeur mélanotique formée au niveau d'un ganglion (Rapport à la Soc. méd. des hôpit., 1864). Suivant Liselt, (en Allemagne), on pourrait diagnostiquer le cancer mélanotique par l'examen des urines; spontanément ou traitées par l'acide azotique, le résidu de potasse ou l'acide sulfurique, elles prendraient une couleur noire par précipitation du pigment (Voy. PIGMENT).

Plusieurs recherches se rattachent aux travaux allemands sur la mélanémie en vertu de laquelle la rate, ayant pour fonction de transformer les globules rouges du sang en pigment (Kolliker), principalement dans le cours de fièvres intermittentes, ce pigment serait entraîné dans le torrent circulatoire et produirait des infarctus emboliques dans les capillaires du foie et (après avoir traversé le cœur et les poumons) dans les reins et le cerveau (Frerichs, sur les maladies du foie). Mais d'abord le point de départ de la transformation des globules sanguins en pigment par la rate est une simple hypothèse, sur laquelle les auteurs allemands eux-mêmes sont loin d'être

douleurs la nuit (ostéocopes), sont autant de données qui feront int  
entrevoir le siège anatomique de la douleur observée. Des douleurs  
seront rapportées à des causes générales, comme celles qui ont  
ARTHRALGIES.

L'ANESTHÉSIE ou l'HYPERESTHÉSIE de la peau ou des muscles de  
la PARALYSIE générale ou partielle de ces muscles, leur ATROPHIE  
sion de leurs mouvements, sont autant de troubles fonctionnels  
suffisamment question, et que je n'ai qu'à rappeler.

L'exploration des membres se rattache également à la constat  
phénomènes; mais de plus la *palpation* permet aussi de juger de l  
de la résistance ou de l'induration des tissus, et l'*inspection* f  
quefois d'autres renseignements particuliers qui sont loin d'être  
Ce sont : d'abord des éruptions cutanées, qui occupent plus part  
les membres supérieurs ou inférieurs; des déformations proven  
trations ou d'altérations plus profondes, de lésions ou de courbu  
des positions particulières prises instinctivement, comme l'entre-cro  
jambes dans la myélite, et l'immobilité dans la demi-flexion qui re  
douleurs moins pénibles (rhumatisme); enfin des flexions forcées  
contractures. Je donne ces simples indications pour montrer comm  
pent les différents phénomènes que l'on peut rencontrer sur les me  
le seul but de cet article (Voy. PEAU, TISSU CONJONCTIF, MYOTILITÉ  
VASCULAIRE [Appareils], SQUELETTE).

**MÉMOIRE.** — Voy. INTELLIGENCE.

**MÉNINGES.** — Si l'on excepte les *fungus* de la dure-mère, e  
que les lésions observées au niveau des méninges et qui ont servi à q  
maladies, occupent l'arachnoïde et la pie-mère, soit dans la cavit  
soit dans le conduit vertébral, soit dans ces deux cavités à la fois.

Les maladies des méninges cérébrales sont : l'HÉMORRHAGIE  
MÉNINGITE simple ou tuberculeuse, et l'HYDROCÉPHALIE chronique

donc examiner à part le diagnostic de ces deux espèces de méningite, ment chez les enfants, en signalant les particularités qui peuvent ex l'adulte. Je ne dirai rien de la méningite chronique, car elle ne se pendant la vie que par des phénomènes qui se rattachent à la PARABRALE, et qui ont été signalés par Bayle. Je terminerai par la méninge et cérébro-spinale.

#### **ingite aiguë simple.**

l'extrême rareté des faits de méningite aiguë simple, Rilliet a pu un nombre suffisant pour faire un bon travail sur cette maladie

*ients du diagnostic.* — Un début rapide caractérisé par de *violentes* ns, une *fièvre* intense avec *respiration très-accélérée* chez les jeunes ue céphalalgie très-vive, des vomissements, et bientôt une *agitation* précédée ou non de *somnolence* ou de *coma*, et avec *animation* du avec *pâleur* ou *hébétude*, la *photophobie* vers le début, le *strac* contraction, puis dilatation des *pupiles* : tels sont les principaux s de la maladie, qui a pour autre caractère habituel de se terminer en vingt-quatre ou vingt-six heures, mais qui peut se prolonger pen- à six jours, et très-rarement au-delà.

*ctions diagnostiques* — Malgré la précision apparente de cet enrégé des symptômes, le diagnostic de la méningite aiguë simple pré-difficultés incontestables, par suite de l'irrégularité des symptômes et ce de tout signe pathognomonique. Est-ce dans cette espèce de mé-l'enfance que H. Roger (*Arch. de méd.*, 4<sup>e</sup> série) a considéré comme athognomonique une diminution de la chaleur (constatée à l'aide du tre) intermédiaire aux deux périodes d'augment du début et de la fin die? Quoi qu'il en soit, lorsqu'on soupçonne l'existence de la méning- des circonstances ou des particularités dont la constatation plus facile

— Dans l'hémorrhagie méningée, qui est souvent secondaire, méningite aiguë simple est primitive, il y a bien des convulsions et il n'y a d'accélération ni du pouls ni de la respiration, et lors même temps une contracture des doigts et des orteils signalée, ces signes suffisent pour éloigner l'idée de la méningite.

La fièvre typhoïde accompagnée de symptômes cérébraux a été fondue avec la méningite franche chez l'adulte comme chez l'enfant; on peut dire qu'alors la marche de l'affection typhoïde et les signes du ventre présente (météorisme, taches rosées, sudamina) peuvent éclairer le praticien. Valleix pensait que les épidémies de méningite par Rilliet n'étaient probablement que des épidémies de fièvre typhoïde; cette dernière affection, comme dans les fièvres éruptives à leur début, est une congestion cérébrale qui peut se traduire par tous les symptômes de la méningite la plus franche; aussi les erreurs de diagnostic sont nombreuses, et voit-on prononcer à tout propos le nom de méningite et non de typhoïde.

Enfin, d'autres affections sont parfois masquées par des phénomènes de méningite. C'est ce que l'on a observé avec des entozoaires avec l'encéphalopathie saturnine, et avec l'hémorrhagie cérébrale chez les enfants (p. 497), avec le tricocéphale du cæcum chez l'adulte (p. 498). On confond aussi l'hémorrhagie méningée avec la méningite aiguë; l'absence de fièvre dans le premier cas établit une différence caractéristique.

Si les symptômes pris dans leur ensemble peuvent induire en erreur, la seule raison l'erreur sera-t-elle possible si l'on n'a égard qu'à un seul symptôme prédominant : la céphalalgie, le délire, la somnolence, les convulsions (Voy. ces mots).

C'est sur cette prédominance de certains symptômes que Rilliet a établi deux formes de la méningite aiguë franche : 1° la forme caractérisée principalement par la répétition coup sur coup de crises générales et violentes dès le début, par la fièvre, l'accélération du pouls, etc.

l'une exsudation tuberculeuse des méninges; elle peut anatomique-  
ment aussi caractérisée par de simples exsudats inflammatoires granu-  
lés à la base du cerveau chez des sujets présentant déjà des tubercules dans  
les autres organes, ce qui l'a fait dénommer *méningite des tuberculeux*. Les  
lésions de la base des méninges sont considérées par les uns comme  
similaires à celles qui se développent dans les poumons et dans le péritoine  
et de lésions qu'Empis rattache à la *granulie*, et par les autres,  
comme Friedreich en Allemagne et Bastian en Angleterre, comme complètement  
distinctes, et constituant une lésion particulière. Bastian fait remarquer qu'au  
cours de ces petites productions fibro-plastiques dues à la prolifération des éléments  
connectifs, elles sont caractérisées par une prolifération des noyaux épi-  
théliaux à l'intérieur des gaines péri-vasculaires (*Edimb. med. Journ.*, 1867).  
En raison des dissentiments qui existent à ce sujet depuis longtemps, Trou-  
ssard considérant que les lésions cérébrales dominent dans cette maladie, lui a  
donné le nom de *fièvre cérébrale*, malgré la confusion regrettable qui en  
résulte. En tout cas, il préférerait la dénomination d'*encéphalo-méningite* à  
celle de *méningite tuberculeuse* (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 3<sup>e</sup> édit., t. II).

Cette dernière appellation a prévalu. Le diagnostic de cette maladie,  
bien qu'il n'ait été rare, surtout chez les enfants, a été étudié avec soin.  
**Signes du diagnostic.** — Chez des sujets adultes déjà atteints de *phthi-*  
*se pulmonaire* confirmée, et chez les enfants dans les mêmes conditions, ou au  
moins d'une bonne santé apparente, on voit survenir les symptômes suivants :  
une première période, après une *céphalalgie* remarquable par sa  
durée et par sa violence, avec ou sans *somnolence* ou *agitation*, vo-  
mitus, constipation, fièvre, les phénomènes se caractérisent davantage.  
Rougeur de la face alternant avec des *rougeurs* fugitives, l'étonnement du  
malade, parfois un léger *strabisme*, une *céphalalgie* qui reste le symptôme do-  
minant pour le malade et qui s'accompagne, chez les enfants, de cris dits  
*opisthiques*, de *somnolence* légère avec intégrité ou seulement un peu  
de l'intelligence, une faiblesse assez marquée, environ deux ou



trent dans celle-ci, plus rares chez l'adulte que chez l'enfant; il en est de des *contractures* et des *paralysies partielles* (de la mâchoire ou de la langue supérieure); la *pupille* est dilatée; la *sensibilité*, rarement abolie, bien plus souvent diminuée ou abolie (*anesthésies* diverses); les réflexes deviennent involontaires; enfin la langue se sèche, les gencives deviennent saignantes, les *vomissements* s'arrêtent; le *pouls* s'accélère en s'affaiblissant; devient *irrégulier* et parfois *intermittent*; la *respiration* devient difficile, anxieuse; puis une prostration extrême, des soubresauts de terreur, de l'agitation, etc., précèdent la mort.

La terminaison funeste arrive, dans la plupart des cas, après onze à quinze jours; mais, suivant Barthez et Rilliet, la maladie n'en peut durer que de six à dix jours. On a cherché dans l'ophtalmoscopie des données de diagnostic dont la valeur sera discutée tout à l'heure.

2° *Inductions diagnostiques.* — La méningite tuberculeuse ou d'origine infectieuse est une de ces affections qui ne se révèlent guère que par l'ensemble des symptômes. Trousseau avait bien signalé, comme propres à la méningite, des taches rouges, persistant pendant un certain temps au niveau de la paupière frottée avec le doigt; mais ce phénomène se produit dans d'autres affections, notamment dans la pneumonie et la fièvre typhoïde (Troyes-Espérandieu).

De plus, on a constaté et étudié avec soin dans les dernières années des signes spéciaux à cette méningite, des lésions rétinienues visibles à l'ophtalmoscope, et auxquelles on a attaché une grande valeur diagnostique. C'est une question importante à bien connaître.

On avait signalé les lésions rétinienues qui sont sous la dépendance d'affections cérébrales chroniques (Ogle, de Graefe, 1860), lorsque Gale et Bouchut constatèrent ces lésions dans la méningite. Galezowski fit ses recherches en partie à l'hôpital des Enfants malades et en lut le résultat au Congrès ophthalmologique de Paris en 1861. De son côté, Bouchut publia en 1862 (*Des hôp.*, p. 226) une observation de méningite avec lésions rétinienues constatées sur sa demande par Desmarres, puis il poursuivit ses recherches avec tant d'ardeur, qu'en 1866, il avait réuni trois cent trente-deux observations de lésions cérébrales, dont quatre-vingt-six méningites, avec examen ophtalmoscopique (*Du Diagn. des malad. du système nerveux par l'ophtalmoscopie*). — Il résulterait de ces recherches de Bouchut que, dans la méningite des enfants, il se forme au fond de l'œil des lésions plus ou moins nombreuses, quelquefois uniques, beaucoup plus souvent multiples et combinées. Ce sont les effets d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse : 1° la congestion papillaire; 2° l'œdème papillaire; 3° la dilatation, la fluxuosité et les varices rétinienues; 4° les stases et thromboses rétinienues; 5° les hémorragies de la rétine et les anévrysmes des veines rétinienues. Ces lésions, constatées à l'aide de l'ophtalmoscope, sont loin malheureusement d'être constantes; plus, elles se rencontrent dans d'autres maladies aiguës du cerveau (sauf la méningite par exemple); mais, selon Bouchut, ces lésions auraient quelquefois l'avantage d'annoncer la méningite dès son début, à sa période de germination et de coïncider avec une lésion intra-crânienne même éloignée du lieu de la lésion. Cela lui a permis de localiser cette lésion au niveau d'un hémisphère. Les lésions rétinienues ont occupé un seul œil. La production de ces lésions aurait lieu en vertu d'un obstacle mécanique au niveau des sinus de la circulation de retour du sang veineux de l'œil au cœur; ou bien par un réflexe qui expliquerait les mêmes résultats intra-oculaires dans les méningites méningo-spinales, par l'intermédiaire du grand sympathique anastomosé à



lérieures des deux premières paires dorsales. La figure 133 représente les lésions intra-oculaires.

La méningite ne se termine pas par la mort, les lésions qu'elle produit il vient d'être question de. Il survient des lésions de l'œil : inflammation chronique de la papille; infiltration séreuse, granulations tuberculeuses, graisseuses, et plaques de la rétine; tubercules de la rétine, et enfin atrophie du globe. La figure 134 montre les lésions constatées par Bouman de ces cas de méningite chronique.

Skjold n'attribue pas, dans ces cas, une aussi grande importance à ces lésions intra-oculaires. Elles sont pour lui des névrites optiques. Il ne connaît rien de spécial, mais ces lésions sont aussi fréquentes que les tumeurs cérébrales.

Il admet que la lésion qui produit la méningite occupe le voisinage des tubercules quadrijumeaux, des bandelettes optiques, qu'elle s'étend aux nerfs; que la névrite a son origine cérébrale.

Elle se trouve aujourd'hui dans les yeux, tandis que, dans les cas de l'orbite, elle est limitée à la sclérotale, avec exophthalmos et paralysies de la troisième paire, et dans les cas en même temps de l'œil et de la méd., 1868 et

que les signes four-  
examen ophthalmo-  
de l'œil dans la mé-  
te tuberculeuse,  
adictaires, et qu'ils  
la netteté de signi-  
on voudrait leur  
en faire un moyen  
tic de premier or-



Fig. 133. — Méningite tuberculeuse déterminée par un tubercule du cervelet ayant produit l'infiltration séreuse péripapillaire, la dilatation et la flexuosité des veines de la rétine, les thromboses des veines et les hémorrhagies rétiniennes. — P, papille du nerf optique. I, congestion et infiltration séreuse péripapillaire. V, D, dilatation des veines de la rétine autour de la papille. VP, flexuosité des veines de la rétine. T, T, thromboses phlébo-rétiniennes. V, V, veines de la rétine. A, A, artère centrale de la rétine.

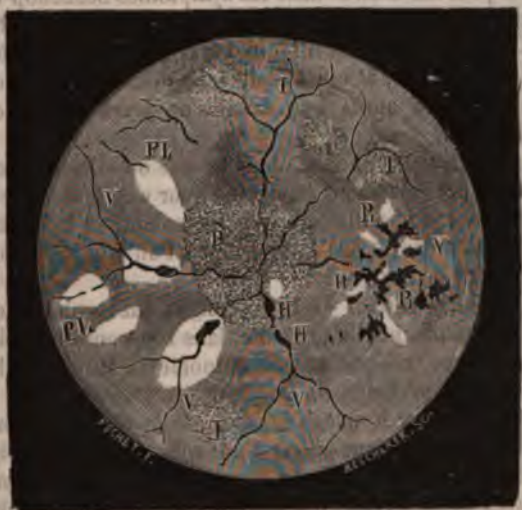


Fig. 134. — Méningite chronique ayant produit l'infiltration séreuse de la papille, les hémorrhagies et les exsudats albumino-graisseux de la rétine, ainsi que des taches pigmentaires. — P, papille complètement voilée par l'infiltration séreuse. PL, plaques laiteuses albumino-graisseuses de la rétine. H, plaques d'infiltration séreuse de la rétine. V, V, V, vaisseaux de la rétine interrompus par l'œdème. H, H, hémorrhagies rétiniennes. P, I, taches pigmentaires.

dre. Si l'on joint à la vague expression de ces signes la difficulté de l'examen ophtalmoscopique lui-même, on doit reconnaître que c'est sur l'ensemble des symptômes, quoiqu'ils soient rarement au complet, qu'il faut d'abord baser ses inductions, puis sur les autres particularités de la maladie dont il sera question tout à l'heure.

Parmi les symptômes dont la coïncidence est le plus caractéristique, je citerai : l'apparition de la *céphalalgie*, dont la persistance chez les tuberculeux doit toujours faire redouter l'invasion prochaine de la méningite; les vomissements, la constipation; la conservation de l'intelligence, le strabisme; le ralentissement du pouls et son irrégularité, lorsqu'il n'y a pas de fièvre; la somnolence suivie de coma, et, dans ce dernier cas, l'expression de stupeur et de physionomie, signe auquel plusieurs observateurs ont attaché une grande importance. Lund a fait un signe important de diagnostic d'une douleur des genoux persistante, parfois très-violente, exagérée par tous les mouvements de l'articulation, sans tuméfaction, et occupant les deux genoux ou un seul (*Journ. Kinderkrankheiten*, 1865). Mais il n'a constaté ce signe que quatre fois sur trente sujets atteints sans contestation de méningite tuberculeuse.

L'évolution de la maladie a une importance capitale. Son invasion insidieuse et graduelle dans la plupart des cas, la succession des phénomènes attribués aux deux périodes, et enfin la rémission notable des symptômes, qui a lieu fréquemment (Guersant), sont autant d'éléments diagnostiques d'une grande valeur. — Les données étiologiques ont moins d'importance, à part l'existence préalable de la phthisie, qui a lieu dans la grande majorité des cas.

Ces traits principaux suffiront, lorsqu'on les rencontrera, pour ne pas confondre la méningite tuberculeuse avec la *méningite simple*, qui est d'ailleurs très-rare. Cependant il y a des cas où l'erreur sera facile; car, au lit du malade on peut rencontrer dans les symptômes beaucoup de variétés qu'il est impossible d'indiquer d'avance, malgré les nombreuses recherches des auteurs. J'ai vu un adolescent qui offrit tous les symptômes attribués à la méningite tuberculeuse, et qui n'était sans doute atteint que d'un état congestif de méninges, car après une dizaine de jours de durée sa maladie guérit très-rapidement.

La *fièvre typhoïde*, dans les cas où elle se développe d'une manière progressive, peut aisément être prise pour une méningite tuberculeuse, et ce n'est que par la marche ultérieure de la maladie et la constatation des signes caractéristiques fournis par l'abdomen que l'on pourra, comme pour la méningite franche, éviter l'erreur.

3<sup>o</sup> *Pronostic.* — La méningite tuberculeuse est extrêmement grave, mais les rémissions qu'elle présente dans son cours ne doivent pas empêcher de prévoir une issue très-probablement mortelle. Rilliet est l'auteur qui a rapporté les plus probants de guérison (*Arch. de méd.*, 1853, t. II). D'autres faits ont été cités par Rouxeau (*Journ. de la Soc. académ. de la Loire-Infér.*, 1854). J'ai vu moi-même guérir d'une méningite caractérisée par les symptômes les plus classiques de la maladie, et survenue graduellement, une jeune fille âgée de 15 ans, délicate, sans tubercules apparents alors, mais qui mourut, quelques années après, de phthisie pulmonaire, sans que j'aie pu m'assurer de l'époque à laquelle les signes physiques de la tuberculisation du poumon apparurent. Ne doit-on pas considérer ici la méningite comme d'origine tuberculeuse? Cette interprétation me paraît légitime.

### III. Méningite spinale.

Beaucoup d'auteurs se sont occupés de la méningite rachidienne ou spinale.

s; plus rarement *tremblements musculaires* dans les extrémités. — La deuxième période, qui peut marquer d'emblée l'invasion de la maladie, débute avec la fièvre, et se caractérise par de nombreux symptômes, se rattachant à la réaction fébrile, les autres directement aux lésions rachidiennes, et un troisième ordre de symptômes se manifestant dans les régions excentriques qui reçoivent les nerfs rachidiens. On peut les résumer ainsi : *fièvre intense* avec élévation notable de la *température*, *transpiration* abondante, *soif vive*, *turgescence considérable de la face*, avec ou sans *céphalalgie*, *vertiges* et *bourdonnements d'oreille*; *pouls* le plus souvent régulier, grand, plein et assez dur; du côté de la sensibilité et du mouvement : *douleur* constante, profonde, tensive ou térébrante le long du rachis, aspérée et intolérable au moindre mouvement; *contractions spasmodiques* des muscles du dos, que certains auteurs, comme Ollivier, ont qualifiées de *crampes* et d'*opisthotonos*, ce que Kœhler n'admet pas, quoiqu'il définisse ces contractions toniques, qui donnent aux muscles une raideur persistante et une dureté pierreuse. Enfin d'autres symptômes ont leur siège dans l'irritation des racines, tant antérieures que postérieures, rachidiennes. Ce sont : des *douleurs* par élancements ou irradiations partant de la colonne vertébrale aux extrémités, ou, du moins, des *fourmillements*, des *tiraillements*, des *fourmillements*; outre ces douleurs, qui ne manquent jamais, il y a assez fréquemment une *hyperesthésie cutanée* (voir la section sur la *guérison*) et des *contractions spasmodiques* localisées suivant la situation du siège de la lésion; enfin, du côté des viscères : une *dyspnée* constatée par les auteurs, ainsi que la *constipation* et des *troubles de la digestion*. — La troisième période comprend les diverses terminaisons de la maladie : la *guérison*, le *passage à l'état chronique* ou la *mort*, la *rémission* annonçant par des *crises* diverses qui seront rappelées plus loin.

*Actions diagnostiques.* — Une rachialgie très-intense avec contraction des muscles du rachis, hyperesthésie cutanée, irradiation doulou-



tion des phénomènes de la seconde période. — Qu'ils soient ou non précédés de prodromes, ces phénomènes sont assez caractéristiques par eux-mêmes, que le diagnostic puisse être précisé dans les faits où ils sont suffisamment accentués, ce qui malheureusement n'arrive pas toujours, comme nous le verrons plus loin. Une fièvre intense, se déclarant quelquefois d'emblée, et avec une douleur rachalgique parfois atroce, une contraction comme tétanique des muscles du rachis, des irradiations douloureuses dans les membres, une hyperesthésie cutanée, la conservation de l'intelligence, la dysurie, la constipation, ne peuvent, lorsqu'ils sont réunis, laisser de doute sur l'existence de la maladie intra-rachidienne. D'autres symptômes moins importants peuvent encore venir corroborer le diagnostic : ce sont les *tremblements musculaires*, qu'Albers (de Bonn) a eu le tort de considérer comme pathognomoniques, et les *secousses musculaires* subites, qui ont été observées par plusieurs auteurs.

L'évolution et la marche de la méningite cérébro-spinale fournissent des données utiles dans certains cas. L'attention doit surtout se fixer sur l'évolution de la maladie à partir du moment où les phénomènes sont franchement caractérisés. — Suivant Kœhler, la résolution complète se fait quelquefois rapidement, quelques heures seulement après l'invasion des symptômes caractéristiques, et dans l'espace de quelques jours, pendant lesquels il y a des *sueurs abondantes* ou des *dépôts abondants* d'acide urique dans l'urine. Mais y a-t-il véritablement méningite en pareille circonstance? C'est ce que je discuterai plus tard. — D'autres fois la résolution se fait lentement et il persiste de la constipation, des hémorrhoides, de l'incontinence des matières fécales et de l'urine, et un engourdissement des extrémités inférieures. Kœhler insiste sur l'importance des symptômes qui seraient en rapport avec les causes de la maladie.

La considération des causes connues de la méningite spinale a une grande valeur diagnostique, surtout au point de vue du traitement. Au milieu des opinions si confuses sur l'étiologie, Kœhler a cherché à démêler la vérité, et selon la remarque de Fritz, il a fait à ce sujet la meilleure analyse que nous connaissions des observations publiées. La *diathèse rhumatismale*, l'*infection*, et la disparition rapide de l'éruption d'un *exanthème aigu*, sont des causes prédisposantes incontestables; mais il n'en est pas de même de la suppression de certaines sécrétions normales ou pathologiques, et des infections pathologiques dans lesquelles se développe la méningite spinale. À l'exception du *spedalsked* (lèpre du Grecs), et peut-être de la *syphilis*, on ne peut en effet difficilement admettre l'influence de toutes les maladies qui ont été mises en cause comme origines de la méningite spinale : l'intoxication palustre, la fièvre typhoïde, le choléra et diverses intoxications, par exemple.

Il n'y a pas lieu, dans le diagnostic différentiel de la méningite spinale, de comparer cette maladie à l'*hydroméningite aiguë* de Frank, puisque les épiphénomènes séreux aigus se rattachent précisément à la méningite spinale, comme l'a fait remarquer Færster. — L'état du pouls et les troubles de la sensibilité et de la myotilité ont des caractères différents dans la méningite spinale et la myélite, qui permettent de distinguer les deux maladies à moins qu'elles n'existent simultanément, comme cela se voit quelquefois. Le pouls est à peu près toujours fort, grand, plein et assez dur dans la méningite, en même temps que les muscles sont sensibles; les muscles moteurs ont un caractère irritatif. Dans la myélite, ces troubles sont paralytiques, et le pouls est le plus souvent mou et irrégulier, ou bien il est dur, il est très-petit et également irrégulier. — Le *tétanos* a de telles analogies avec la méningite spinale, que certains auteurs ont confondu les deux

siste sur la confusion possible de la maladie qui m'occupe avec la  
de la moelle. Cette hyperémie me paraît avoir existé dans les faits  
s rapportés par Gauné, de Niort, dans les *Archives de médecine*  
t que j'ai rappelés page 224. Leur terminaison rapide par la guérison  
un cachet particulier, que l'on retrouve, à mon avis, dans le groupe  
gites spinales de Kœhler, qu'il signale comme exemples de résolution  
t rapide, survenant quelques heures seulement après l'invasion des  
es caractéristiques.

rences de caractères du pouls, auxquelles Kœhler, comme on l'a vu,  
e grande importance dans le diagnostic de la méningite comparée à  
fections, montreront peut-être, dans l'emploi du sphymographe de  
e caractéristique plus nette. C'est une réflexion que me suggère une  
iredey lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris (*Bulletin et*  
1868) à propos d'un fait de méningite spinale qui présentait une  
telle des phénomènes symptomatiques, que la maladie ressemblait à  
typhoïde à son début. Siredey eut l'idée d'avoir recours au sphymo-  
r constater l'état du pouls. Or, il ne fut pas peu surpris d'obtenir, au  
otisme du pouls de la fièvre typhoïde, à laquelle il croyait avoir  
e ligne de descente irrégulière à son origine, avec de fines ondula-

mant des

s qui dis-

at à la réu-

leux pre-

s de cha-

de des-

35. L'exa-

oscopique

existence de la méningite (qui était suppurée), et qui avait fait admettre,  
ort, ce tracé du pouls rapproché des douleurs très-vives des reins,  
ulté que le malade avait à s'asseoir sur son lit, de la constipation, etc.

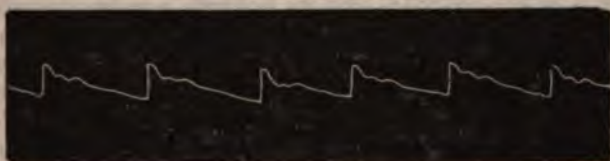


Fig. 133. — Pouls dans une méningite spinale (Siredey).

gite ne présente pas de particularités qui méritent une mention spéciale.  
Comme complications auxquelles on peut s'attendre, on a signalé les hémiparalysies aiguës des poumons et du cœur, qui peuvent n'être aussi que la conséquence de la localisation de la méningite à la région dorsale, dont il vient d'être question. Lorsque ces affections sont vraiment des complications, elles sont précédées d'une affection aiguë du foie et du cerveau, ce qui alors simule plutôt une affection typhique. Il y a, dans ce cas, une fièvre intense, des convulsions, des secousses musculaires, du délire, une hyperesthésie considérable de la sensibilité, comme terminaison. Cet ensemble de phénomènes, joint à celui d'une paralysie spéciale proprement dite, semble plutôt caractériser la méningite cérébrale dont il va être question ci-après, que la méningite spinale avec laquelle elle se confond. Le trait d'union entre la méningite spinale et la méningite cérébrale n'est pas si facile à comprendre que, pour certains observateurs, c'est la méningite rachidienne, par exemple, la méningite rachidienne s'étendrait presque toujours à la base des méninges cérébrales. L. Gros (*Union méd.*, 1859) a cité des faits à l'appui de son opinion.

3° *Pronostic.* — La gravité de la méningite spinale est subordonnée à une foule de circonstances ou de particularités présentées par la maladie. Il est clair que cette affection, très-grave, l'est surtout par l'intensité de la fièvre, par une dyspnée excessive, par une complication cérébrale, pulmonaire ou autre, par l'extension de l'inflammation à la moelle épinière, et par le tétanos, qui peuvent entraîner la mort. L'issue à l'état chronique est une terminaison insidieuse non moins grave. Enfin dans les cas rares de guérison, surtout lorsqu'elle est incomplète, il y a lieu de se demander, comme je l'ai dit déjà, s'il n'y a pas une congestion au lieu d'une inflammation.

#### IV. Méningite cérébro-spinale.

Considérée comme affection *sporadique*, la méningite cérébro-spinale est plus souvent simple et parfois aussi tuberculeuse, résulte simplement de la méningite spinale, ou de la méningite cérébrale, et est caractérisée par



rencontrer dans les recherches qui ont pour objet les maladies épi-

st pas généralement d'accord sur la nature de cette maladie, que les identifient, non comme une inflammation, mais comme de nature miasmatique et que d'autres regardent comme un typhus. C'est Boudin qui a le plus énergiquement défendu cette dernière opinion. Pour lui (*Arch. de méd.*, 1849), la méningite cérébro-spinale épidémique n'est qu'une espèce de typhus déjà connue par nos devanciers, et dont les caractères étaient les mêmes que ceux de la méningite cérébro-spinale. Si l'on peut se fonder réellement, comme Boudin soutient l'absence des lésions caractéristiques de l'inflammation, ce caractère joint à la nature épidémique de la maladie, ne permet pas d'admettre l'existence ici d'une simple inflammation des méninges cérébro-spinaux.

*Signes du diagnostic.* — Cette maladie a des expressions symptomatiques variées, comme on le verra plus loin; aussi vais-je simplement exposer le tableau général de cette affection, tel que l'a résumé Tourdes.

La maladie débute par une *céphalalgie cruelle* accompagnée de *vertiges*, de *nausées*, de *vomissements*; la douleur se propage à la nuque et au rachis, et aux extrémités; les idées s'égarent, la *connaissance se perd* et le malade tombe en proie à une *agitation convulsive*; la tête est renversée en arrière; la face ou le cou offre l'expression de la douleur; la température de la tête est normale ou diminuée, le *pouls* naturel ou ralenti. Cet état dure jusqu'au troisième jour, époque à laquelle se développent une *éruption labiale* et des *pétéchies*, les *taches lenticulaires* et les *épistaxis*; l'urine devient trouble et sédimenteuse, la *constipation* est opiniâtre. Bientôt la connaissance revient, et avec elle le sentiment des douleurs. Une *amélioration* légère se fait; elle fait naître des espérances qui se réalisent rarement; les phénomènes *cérébro-rachidiens* reprennent leur acuité; la *réaction fébrile* s'allume, la face jaunit, rougit et se sèche; la *diarrhée* succède à la constipation; les symptômes nerveux conservent leur violence jusqu'au dernier moment où ils se calment et persistent opiniâtrement avec une intensité. Leur marche est entrecoupée de *rémissions* et d'*exacerbations*. La *amaigrissement* font d'effrayants progrès; la réaction fébrile revêt le type *typhoïde* ou *hectique*, et le malade expire dans le *marasme* après une longue agonie. Si l'issue doit être heureuse, les accidents ne se calment que peu; une *longue et périlleuse convalescence* précède le rétablissement de la santé. »

Je vais ajouter à cet exposé sommaire des principaux phénomènes, que la maladie est continue, mais avec des *exacerbations* et des *rémissions* fréquentes; que sa durée est de quinze à vingt-cinq jours en moyenne, qu'elle peut se terminer en vingt heures par la mort, ou se prolonger plus ou moins en cas de guérison, ou même en cas d'issue funeste.

*Signes diagnostiques.* — Pour montrer combien il est difficile de se fonder sur le diagnostic d'après une description générale des symptômes, il suffit de remarquer que l'on a admis jusqu'à onze formes symptomatiques de la maladie, suivant la prédominance de tel ou tel phénomène. Cette variété est, en effet, non-seulement suivant les épidémies, mais encore dans le cas d'une même épidémie, comme les allures de cette affection. Il est donc que la considération de la forme devient la question dominante du

Dans le premier groupe (prédominance des symptômes cérébro-spinaux) trouvent : 1° la forme *foudroyante*, qui enlève rapidement les malades au milieu de la santé la plus parfaite, ordinairement avec des symptômes du plus haut degré de violence ; — 2° la forme *comateuse convulsive*, qui a toujours été rapidement mortelle et sans réaction fébrile, comme la précédente sans doute en raison de la rapidité de leur marche fatale, la fièvre n'apparaissant ordinairement, dans cette maladie, que peu de jours après le début ; 3° la forme *inflammatoire*, dans laquelle un mouvement fébrile intense se développe, et dont la marche est pourtant moins rapide ; — 4° la forme *typhoïde* que l'on ne saurait conserver, car il s'agit dans ce cas simplement de typhoïdes épidémiques avec prédominance de symptômes cérébro-spinaux ; effet, Tourdes a compris dans cette forme de véritables affections typhoïdes avec lésions intestinales caractéristiques, compliquées d'inflammation de la piérite et dont il rapproche des cas exceptionnels, bien douteux à mon avis, dans lesquels la fièvre, le délire, l'apparition des symptômes gastriques, les éruptions, les taches rosées, les pétéchies, et même les parotides, auraient existé en l'absence de lésions intestinales ; — 5° la forme *douloureuse* ou *comateuse* une des moins graves, dans laquelle le coma, les convulsions et le délire sont la plus l'expression principale de la lésion des centres nerveux, et où la souffrance est le phénomène prédominant ; les douleurs ont pour siège la tête et la nuque, ou toute la surface du corps, et entraînent une agitation extraordinaire, des mouvements désespérés pour échapper aux atteintes du mal, et une épuisement passagère des facultés intellectuelles ; — 6° la forme *paralytique* (partielle), qui serait fort rare ; — 7° la forme *hectique*, qui entraîne toujours la mort, et qui est caractérisée par la longueur de la maladie et la persistance des symptômes : après l'invasion subite, prompt diminution des douleurs conservant une intensité moyenne ; par intervalles, douleurs légères ou nulles, délire calme avec hallucinations, prostration des forces extrêmement grise, grissement rapide, diarrhée fréquente ; progrès effrayants du marasme sous l'influence de la lésion profonde de l'innervation.

Les formes dites *cérébrales* sont : 8° la forme *comateuse*, qui est fréquemment suivie de mort, tandis que les suivantes se terminent le plus souvent par la guérison ; — 9° la forme *délirante*, dans laquelle le délire est souvent, rarement tenace, mais parfois remarquable par son acuité et sa persistance ; — 10° la forme *céphalalgique et délirante*, dans laquelle les symptômes sont rapides, quoique les symptômes semblent annoncer au début un grand danger ; — 11° enfin la forme *céphalalgique* sans phénomène fébrile, tantôt suivie d'une prompte guérison et tantôt d'une longue convalescence.

Il me paraît probable que ces trois dernières formes correspondent à une simple congestion cérébrale, développée sous l'influence épidémique, montrant que si l'on conserve à la maladie la dénomination d'inflammation des méninges cérébro-spinales, c'est parce qu'elle est connue sous ce titre et qu'il est impossible de remplacer par un autre, par défaut de connaissances sur sa véritable nature.

Ces différents symptômes empruntent surtout leur valeur au caractère épidémique de la maladie, à son développement presque exclusif chez les militaires, principalement chez les nouvelles recrues, plus rarement dans les prisons, dans la population civile, où l'on a rencontré l'affection dans les deux sexes, l'adulte, chez les jeunes gens, et même chez les enfants (en Irlande). Les causes étiologiques du diagnostic sont d'ailleurs très-obscurcs ; et la cout



ne, qui a été donnée comme preuve de la nature typhique de la maladie (de Lunéville), n'est pas généralement admise.

est d'ailleurs qu'au début d'une épidémie, et à propos du premier fait que l'on pourrait hésiter à formuler le diagnostic, car dès qu'il en existe un petit nombre de cas, l'invasion subite des symptômes encéphalo-rachien dans les conditions que je viens de rappeler, l'évolution rapide des symptômes et la succession habituelle des phénomènes nerveux intenses au début, de la réaction fébrile ensuite, et enfin de l'affaiblissement, de la prostration, et du marasme à la dernière période, sont des données qui, réunies, permettent au praticien de se prononcer. Siredey, dans la note citée à propos de la méningite spinale, donne l'observation d'une méningite cérébro-spinale sporadique, dans laquelle le tracé sphygmographique du pouls a offert des caractères qui, dans la ligne de

la ligne de  
analogues à  
ont été rap-  
p. 627, fig.  
comme on  
reconnaître

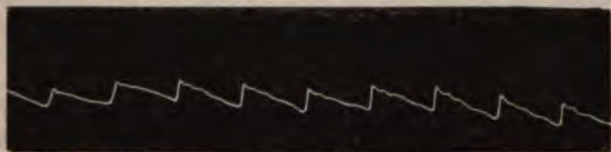


Fig. 136. — Pouls dans une méningite cérébro-spinale sporadique (Siredey).

figure 136

Il est probable que l'étude du pouls, faite à l'occasion sur une large échelle, ainsi que la température, jetteront quelque jour sur la maladie qui m'occupe.

quelques autres symptômes auxquels on a attaché une valeur particulière dont plusieurs varient nécessairement suivant les épidémies. Tels sont la céphalalgie et la rachialgie cervicale, parfois atroces, sans être exagérées par la pression; des douleurs de même nature occupant les membres (les bras surtout); une hyperesthésie cutanée excessive et rarement l'anesthésie; des troubles convulsifs violents (cloniques ou toniques) de la myotilité, par exemple le tremblement nerveux analogue à celui du *delirium tremens* (Forget); des taches cutanées de taches d'un brun foncé ou d'un pourpre vif, persistantes à la pression, parfois des taches noires mal circonscrites, ou des éruptions érythémateuses de miliaire rouge, d'impétigo (Lefèvre), d'herpès labialis étendu jusqu'aux narines, aux paupières, et même au cuir chevelu, à la poitrine, que Tourdes regarde comme ayant une haute valeur sémiologique, qu'il l'a rencontrée dans les deux tiers des cas de l'épidémie qu'il a dé-

pourrait confondre la maladie avec la méningite aiguë simple, la fièvre lente pernicieuse, le tétanos, et surtout avec la fièvre typhoïde.

On distingue d'abord de la méningite simple non-seulement par la plus grande intensité de ses symptômes, mais encore par son caractère épidémique. La fièvre pernicieuse cérébrale, apoplectique ou délirante, ressemble bien

à la méningite par la rapidité de l'invasion et par les symptômes eux-mêmes, à la méningite cérébro-spinale; mais l'intermittence ordinairement bien marquée dans cette fièvre, une fois le premier accès passé, et qui manque dans la méningite, suffit à un praticien attentif pour lui faire éviter l'erreur. — Dans le tétanos, la marche graduelle des accidents convulsifs, surtout l'absence de l'intensité des symptômes cérébraux, et souvent la connaissance de la maladie particulière de l'affection, telle qu'une piqûre ou une blessure, empêchent de la confondre avec la maladie cérébro-spinale. — Quant à la fièvre épidémique, elle n'a pas un début rapide comme la méningite cérébro-spinale, et la céphalalgie, dans le premier cas, n'est pas aussi atroce; elle

n'est pas graduellement croissante, elle s'accompagne immédiatement et de signes abdominaux plus ou moins graves ; tandis que, dans la méningite cérébro-spinale épidémique, les caractères opposés se rencontrent et ne laissent pas de doutes au médecin. Cependant on a vu plus haut que dans certaines circonstances, la confusion a pu être faite.

On ne peut arriver à reconnaître pendant la vie l'étendue ou le degré de la lésion qui caractérise anatomiquement la maladie dans la plupart des cas ; aucun signe ne peut indiquer positivement s'il y a seulement une inflammation simple ou suppuration, ou même s'il y a absence de ces lésions. Cela ne peut s'être vu dans un certain nombre de cas suivis de mort. Cela ne peut être ainsi que je l'ai dit plus haut, de voir dans cette maladie une simple méningite.

Presque jamais on n'observe d'infirmités consécutives à la méningite cérébro-spinale épidémique ; et quant aux complications suivantes, survenant pendant le cours, et qui sont plus ou moins graves, elles se montrent rarement à l'exception des troubles digestifs a pu faire penser qu'ils se rattachent à de véritables complications. On peut rencontrer du côté des organes respiratoires la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, la péricardite ; parfois il est venu une arthrite du genou. Enfin on a vu quelquefois apparaître de nouveaux symptômes évidents de fièvre typhoïde dans le cours de la maladie. La méningite précède en pareil cas la fièvre typhoïde ? Cela ne me paraît nullement probable car il est possible que la fièvre typhoïde, d'abord méconnue, se soit compliquée de méningite.

**3<sup>e</sup> Pronostic.** — La méningite épidémique ne peut être classée parmi les grandes épidémies qui envahissent une vaste étendue de pays. Cela est dû car elle est très-meurtrière, puisqu'elle enlève plus de la moitié des atteints, soit en ville, soit dans les hôpitaux. Dans l'enfance, et jusqu'à quarante ans, presque tous les cas sont mortels. Les signes montrant des lésions de la moelle épinière ont toujours été les plus fâcheux, et l'apparition des symptômes cérébraux a été au contraire d'un heureux augure. J'ai indiqué, à propos des formes diverses de l'affection, le pronostic variable des principaux symptômes qui les caractérisent. Je dois ajouter que la terminaison prompte des accidents les plus graves est loin d'amener toujours une guérison heureuse.

**MÉNOPAUSE.** — Voy. MENSTRUATION.

**MÉNORRHAGIE.** — L'écoulement sanguin menstruel exagéré a donné ce nom, lorsque l'hémorrhagie se répète périodiquement, aux mêmes origines qu'il ne faut pas perdre de vue dans la pratique. La ménorrhagie constitue assez souvent, chez les jeunes filles, le caractère distinctif d'une chlorose (celle dite *ménorrhagique*). Chez des femmes plus âgées on peut soupçonner une affection de l'utérus, d'une métrite chronique, ou d'une lésion organique plus grave. Dans ces derniers cas, ou quelquefois, mélangés au sang, du mucus ou des matières purulentes éclairent le médecin sur l'origine des accidents ménorrhagiques ; nécessiteront une exploration des organes génitaux de la femme. Une ménorrhagie dite chlorotique beaucoup plus rare qu'on ne le pense, on explore alors très-rarement l'utérus, qui peut être lésé (*Leçons sur les maladies de l'utérus*, p. 307). Raciborski le pense également, et il se demande si on n'aura étudié davantage les altérations histologiques de l'utérus on ne verra pas diminuer le nombre des ménorrhagies attribuées à une altération générale de l'économie (*Traité de la menstruation*, 1868).

**MENSTRUATION.** — Une première question concernant la mens-

Les données physiologiques ou pathologiques ont d'utile au diagnostic, est celle des limites de la période menstruelle.

Le plus ou moins prompt de la menstruation, chez la femme, est su-, suivant Raciborski, à la puissance du *sens génital*, qui se manifeste par la ponte spontanée, se continuant périodiquement pendant toute la période menstruelle (*Traité de la menstruation*, 1868). Cette conception, qui se termine dans la vie d'autant plus tard, en général, se développe plus tôt, se manifeste par une première époque menstruelle entre à treize, quatorze, quinze ou seize ans chez la plupart des jeunes filles en pouvant survenir plus tôt, et même dès l'âge de huit ans. La différence de climats ou plutôt de la température moyenne (Raciborski), l'aisance, le régime alimentaire, etc., modifient le début de la période menstruelle. Ces simples différences de trois à quatre années dans la très-grande majorité des faits. Les températures plus chaudes et l'habitation des grandes villes en général ce début plus hâtif. — Quant à la cessation des règles, entre vingt-huit à trente ans d'une part, et cinquante-cinq ou même soixante-huit ans d'autre part, l'âge moyen comprenant la période de quarante-cinq à cinquante ans (quarante-six ans environ en moyenne, suivant Raciborski).

Les limites d'âges que je viens de rappeler ne sont pas d'ailleurs absolues ; et il faut garder de considérer comme morbides un retard relatif ou une ménopausée, si aucun trouble notable dans la santé ne les accompagne.

Les troubles morbides de la menstruation m'ont occupé déjà ailleurs (*Voy. AMÉNORRÉE, DYSMÉNORRÉE, HÉMORRHAGIES par le vagin, MENORRHAGIE, RÉTENTION*). Ici j'ai à rappeler ici que les influences générales de la menstruation produisent certains troubles morbides, et au contraire les influences morbides sur la menstruation elle-même.

Après la première menstruation, on voit survenir des accidents plus ou moins graves qui se rattachent bien évidemment à la première évolution menstruelle. Ils cessent dès qu'elle apparaît. Suivant Brierre de Boismont, sur quatre-vingt-cinq femmes, un tiers auraient été averties de la première menstruation par des accidents plus ou moins graves. Moutard-Martin (1866) élève la proportion aux deux tiers. Selon Raciborski, tout ce qui concerne les ovaires se congestionne alors facilement. Il n'est pas rare de voir des troubles du côté de la vessie, tels que des *rétections* ou des incontinences d'urine, quelquefois de l'hématurie. L'excitation des ovaires peut aller jusqu'à une véritable phlegmasie, et provoquer des mouvements fébriles (*ouv. cité*). Il peut y avoir quelquefois des troubles nerveux, des syncopes plus ou moins étendues par exemple, et même des convulsions, accidents qui cessent dès la première apparition des règles (Dupont, *Thèse*, an XIII).

Les phénomènes qui surviennent alors, Moutard-Martin signale comme fréquents ceux de la congestion utérine (*Voy. p. 231*), assez souvent accompagnée de chlorose, plus rarement des névralgies externes, la gastralgie et l'endométrite de la chlorose, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, les convulsions partielles, les furoncles, l'eczéma, l'acné, les abcès. Il faut y joindre les hémorrhagies par d'autres voies que l'utérus (supplémentaires), et, avec Boismont, les perversions de l'odorat, du goût, la surdité et même la cécité momentanée.

Dès que la menstruation est établie, on voit le retour des périodes menstruelles s'accompagner quelquefois ou être précédé de troubles nerveux divers, tels que le tressaillement spasmodique (*Voy. COQUELUCHE, p. 245*), de convulsions,



et même de congestion de la moelle. Les hémorroïdes et l'herpès labial rencontrent aussi dans les mêmes conditions.

Dans des recherches intéressantes sur l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles et réciproquement (*Actes de la Soc. des hôpit.*, 1852), Huguier a établi : que l'éruption menstruelle ne prédispose en aucune façon aux maladies fébriles; qu'elle n'exerce aucune influence sur l'issue des maladies fébriles; et enfin que la marche et la terminaison de ces maladies sont les mêmes, quelles que soient les conditions des menstrues.

A l'époque de la *ménopause*, la cessation de la menstruation produit des accidents pléthoriques, hémorrhagiques, ou nerveux. Cependant Raccas croit que les accidents dits pléthoriques sont au contraire anémiques. Il ne faut pas oublier que le vulgaire exagère outre mesure l'influence nuisible de la ménopause, et lui attribue tous les maux qui se déclarent à cette époque de la vie de la femme.

L'influence des maladies aiguës sur les règles se manifeste de la manière suivante : l'écoulement sanguin est supprimé, si l'invasion a lieu *pendant la période menstruelle*, puis le sang reparait bientôt, mais en moindre abondance ce qui fait que la malade attribue souvent les phénomènes qu'elle éprouve à la suppression. Quand l'invasion a lieu *dans l'intervalle* des règles, le sang vient ment fébrile peut favoriser leur manifestation si l'époque prochaine n'est éloignée du début de la maladie. L'époque qui tombe pendant la période de convalescence n'est pas saine non fébrile de la maladie, ou pendant la convalescence, manque d'écoulement ordinairement, ou bien, si elle a lieu, l'écoulement est notablement diminué. Enfin, l'aménorrhée consécutive, quelquefois persistante, ne s'observe en général, pendant plus d'un à trois mois.

Quant à l'influence des maladies chroniques sur les règles, on sait que la suspension prolongée est fréquemment observée dans leur cours.

**MENSURATION.** — Envisagée dans sa signification la plus large, la mensuration comprend plusieurs moyens d'apprécier l'étendue ou le volume des organes, ou de certaines lésions. La palpation, la percussion, l'auscultation, l'inspection même, peuvent donner une idée plus ou moins nette de l'étendue *en surface* de l'organe ou de la lésion qui fait l'objet de l'exploration. Quant à la mesure en profondeur, elle ne saurait être aussi bien appréciée de la même manière; et ce n'est que très-approximativement que l'on peut juger par la résistance à la palpation du degré d'épaisseur des organes. Pour une forte raison ne saurait-on admettre que l'on puisse constater l'épaisseur des organes à l'aide de la percussion, comme l'épaisseur des parois du cœur qu'on l'a prétendu.

On a plus spécialement appliqué le mot mensuration à la méthode qui consiste à se servir d'un ruban gradué, ou de tout autre instrument analogue pour juger du volume absolu ou comparatif de certaines parties du corps. C'est particulièrement aux membres, et surtout à la poitrine, que cette méthode d'exploration a été appliquée. La mensuration de la poitrine mérite d'être examinée à part.

#### Mensuration de la poitrine.

Elle peut être employée pour résoudre certaines questions scientifiques, pour fournir des données utiles à la pratique. Malgré son avantage incontestable dans plusieurs circonstances, un très-grand nombre de praticiens ne l'utilisent jamais. Cette abstention de la mensuration thoracique n'est nullement raisonnée car il me suffit d'exposer les données générales qui suivent pour démontrer qu'elle est loin d'être sans importance.



**1<sup>er</sup> But.** — La mensuration thoracique a pour objet de constater les dimensions absolues ou relatives de certaines parties de la poitrine, ou bien son ampliation ou sa rétrocession générales, avant qu'elles soient sensibles à la vue, et en déduire des données utiles à la pratique. Racle, dans son *Traité de diagnostic*, a prétendu à tort que l'ampliation de la poitrine était visible très longtemps lorsque la mensuration commençait à indiquer l'augmentation de volume de la poitrine. C'est le contraire qui a lieu. C'était, de la part de Racle, une erreur, ou préconçue involontairement, ou bien la conséquence d'une pratique mal faite de la mensuration.

**Méthode d'exploration.** — Le moyen d'exploration le plus ancien et le plus simple, conseillé d'abord par Laennec et étudié plus tard par Colin (*Gaz. Méd.*, 1838) et par moi (*Thèse*, 1835; *Rech. sur l'inspection et la mensuration*, 1837), consistait à se servir d'un ruban inextensible, gradué par centimètres, et à l'aide duquel on comparait les deux moitiés droite et gauche du diamètre de la poitrine. Ce mode de mensuration fournit deux chiffres qui, réunis, donnent le périmètre général du thorax. Ce périmètre serait loin d'être exact si l'on entourait simultanément les deux côtés de la poitrine, au lieu de les mesurer successivement. De plus, pour que la *périmétrie* soit régulière, faut appliquer le ruban au niveau de la base de l'appendice xiphoïde, le malade étant à jeun, dans le décubitus, et l'on doit serrer le ruban autant que possible à la fin de l'expiration.

Néanmoins, cette règle de la tension forcée du ruban n'est pas absolue. En employant, à un moment donné, l'application du lacs sans tension, puis avec tension forcée, j'ai obtenu, pour le périmètre général, une différence de 1 à 2 centimètres et plus, qui représente mathématiquement le degré d'élasticité de la poitrine. C'est là un des résultats les plus intéressants de la mensuration du thorax.

On a eu aussi l'idée d'employer le ruban à mesurer le haut de la poitrine au niveau des aisselles, et en comparant ces dimensions du sommet à celles de la base (Hirtz); mais les dimensions supérieures sont trop subordonnées à l'état du bonpoint ou de maigreur des parties molles, pour être l'expression réelle du volume de la cage thoracique, à différentes époques de la phthisie pulmonaire, par exemple. — Enfin d'autres observateurs ont eu l'idée de mesurer la largeur de la poitrine dans le cours de certaines maladies, l'abaissement des côtes pouvant être produit par le refoulement du diaphragme. N. Guéneau de Mussy a pratiqué cette mensuration verticale au niveau des deux dernières côtes, et a déduit de cette mensuration spéciale des signes utiles au diagnostic des épanchements pleurétiques.

Chomel a conseillé de mesurer le diamètre du thorax. Dans ce but, il préconisait l'emploi d'un compas d'épaisseur analogue à l'instrument à coulisse dont servent les cordonniers. Son but était d'obtenir des résultats comparatifs des diamètres antéro-postérieurs des deux côtés dans la pleurésie, en se basant sur un fait très-exact, à savoir, que chaque côté de la poitrine représente une demi-ellipse dont les branches peuvent s'écarter par l'ampliation thoracique, de sorte que le périmètre soit modifié.

L'emploi simultané du ruban gradué et du compas d'épaisseur fournit des résultats réellement très-importants : d'une part le périmètre de la poitrine, d'autre part ses diamètres. Mais leur signification a été méconnue d'abord par suite de la vicieuse application des deux procédés, et de la difficulté de les employer sur le même malade. J'ai imaginé un instrument très-simple, le *cyrtomètre*, qui a l'avantage de faciliter seul et de régulariser l'emploi de la mensu-

## INSURATION. — MENSURATION DE LA POITRINE.

, en il fournit à la fois les deux sortes de données : le *périmètre*.  
De plus, il permet d'obtenir aisément sur le papier le *tracé*  
*la* laire de la poitrine (*Voy. CYRTOMÈTRE*).  
— C'est pour avoir d'abord exclusivement cherché les *signes*  
dans la comparaison des périmètres latéraux, ou des *diamètres*  
antérieurs des deux côtés de la poitrine, que l'emploi du ruban  
à *mesures* recherches attentives, n'a pas d'abord donné les résultats qu'  
on *en* d'en attendre. Cela vient de ce que les affections thoraciques  
amplient d'abord le côté de la poitrine la développent d'abord *tout* *entière*, et  
ensuite, après cette ampliation générale, que le côté *opposé*  
se développe relativement au côté opposé. Il résulte de là qu'il y a une *ampliation*  
*et* *une* *rétrocession* constante suivie de *rétrocession* également générale,  
et qu'il est aisé de constater, en raison de sa fréquence; tandis qu'il y a  
une exception que l'ampliation ou la rétrocession du côté affecté  
se fait du côté opposé, peuvent servir de données séméiologiques.  
La conclusion très-importante à déduire de ce qui précède, c'est  
que l'ampliation ou la rétrocession générales de la poitrine, constatées  
à différentes époques successives dans une maladie, en pratiquant la mensuration  
à différentes époques plus ou moins rapprochées, sont plus souvent des signes *prononcés*  
que des signes diagnostiques.

Le ruban gradué, ai-je dit, peut donner la mesure mathématique de  
l'*élasticité* de la poitrine. J'ai trouvé que les différences normales entre le  
périmètres généraux alors obtenus variaient entre 6 et 9, et même 11  
centimètres (6 centimètres à 6 1/2 en moyenne); et que l'élasticité, dans  
les cas d'engorgements pulmonaires (congestion, inflammation, etc.), pouvait être  
de 4 centimètres, mais qu'elle était surtout remarquable par ses  
variations en rapport inverse avec l'ampliation et la rétrocession, de telle sorte  
que cette élasticité était moindre avec l'ampliation, et plus grande au contraire  
avec la rétrocession.

Quant à la comparaison des diamètres antéro-postérieurs des deux côtés, je  
ferai la même réflexion que pour les deux périmètres latéraux : cette  
raison n'est utile que dans des cas exceptionnels; et c'est d'abord l'augmen-  
tation générale qui résulte du refoulement antérieur des parois thoraciques  
et ses variations dans les maladies, qui sont généralement utiles. L'ampliation  
ou la rétrocession, qui résultent de ce refoulement ou du retrait des parois  
latérales du thorax, ne sauraient être négligées, car la poitrine ayant une forme  
ovale, elle peut se développer notablement en tendant à devenir circulaire  
que son périmètre varie. Ce principe, appliqué à l'ampliation de chaque  
côté de la poitrine par Chomel, ai-je dit, est surtout vrai pour l'ampliation générale  
du thorax.

Des conséquences forcées découlent de ces remarques; c'est que, pour  
obtenir de la mensuration des résultats satisfaisants, il faut : 1° tenir compte pri-  
mordialement de l'ampliation ou de la rétrocession générales de la poitrine;  
secondairement de la comparaison de ses deux côtés, tout en sachant que  
le côté droit est ordinairement de 1 à 3 centimètres plus développé que le  
gauche; 2° que les variations du périmètre général ou des diamètres antéro-  
postérieurs annoncent cette ampliation ou cette rétrocession de la poitrine;  
on les constate à différentes époques de la maladie; 3° que les variations des  
diamètres antéro-postérieurs, seuls, peuvent révéler cette ampliation ou  
rétrocession; 4° enfin, que les moyens de mensuration qui donnent facile-  
ment à la fois le périmètre et les diamètres thoraciques (comme le *cyrtomètre*

et les seuls à l'aide desquels on peut retirer de la mensuration tous ses avantages.

La mensuration cyrtométrique, dont il a été question au mot CYRTOMÈTRE, a montré que l'ampliation thoracique, sensible à la mensuration, ampliation dépend le plus souvent de la congestion pulmonaire concomitante, coïncide avec le progrès des *maladies aiguës fébriles*, avec celui de toutes les *affections thoraciques aiguës*, avec les *fièvres éruptives* jusqu'à l'apparition de l'expectation; avec les progrès croissants des *épanchements pleurétiques*. La résistance de l'ampliation indique la résistance de la maladie à la résolution, même que la rétrocession thoracique (uniquement constatée si l'on voit le malade à une période déjà avancée de l'affection) annonce la résolution prochaine ou immédiate des phénomènes pathologiques. Ces résultats de la mensuration peuvent être mis à profit dans les affections du foie.

Une dernière remarque importante à faire est celle-ci : les variations légères en plus ou en moins, soit un demi ou un centimètre pour le périmètre, soit un demi-centimètre pour le diamètre antéro-postérieur, peuvent être constatées du jour au lendemain, dans la capacité thoracique générale. Ces variations légères sont parfois que des oscillations dont il ne faut pas tenir compte, à moins que les progrès en plus ou en moins ne continuent les jours suivants (*Voy. CONGESTION PULMONAIRE, PLEURÉSIE, PNEUMONIE, etc.*).

**MENTAGRE.** — *Voy. SYCOSE.*

**MÉSENTÈRE.** — *Voy. ÉPIPLOONS.*

**MÉSOCÉPHALE** — *Voy. ENCÉPHALE.*

**MÉTALLIQUES** (Bruits ou résonnances). — Ces phénomènes comprennent le *tintement* et les *consonnances* métalliques.

1° *Caractères.* — Dans son excellente thèse sur le *pneumo-thorax* (1844), Laennec a fait remarquer avec raison que le *tintement métallique* signalé par Laennec est un signe complexe qu'on doit considérer comme un ensemble de phénomènes sonores qu'il appelle métalliques et que je dénommerai *résonnances métalliques*, en faisant remarquer qu'ils doivent être distingués des phénomènes *amphoriques* (*Voy. ce mot*), quoiqu'ils coïncident fréquemment ensemble.

Les résonnances métalliques se passent dans des cavités intra-thoraciques plus ou moins vastes contenant un gaz. Elles ont un timbre *argentin* analogue à celui du bruit qui résulte de la chute d'une goutte d'eau dans une carafe aux trois quarts vide (Laennec). Tantôt c'est un souffle respiratoire ordinairement amphorique, qui s'accompagne de cette consonnance, qui est tantôt comme le, tantôt brusque et comme saccadée, tantôt enfin constituant un bruit aigu et court, analogue à celui que produit la chute de la goutte d'eau ou à une note aiguë d'harmonica (tintement métallique proprement dit). On trouve ces résonnances dans un point limité de la poitrine du côté affecté, ou dans une grande étendue, et plutôt supérieurement qu'inférieurement; leur production est spontanée ou provoquée par la toux, par la voix ou par la production de différents bruits dont il sera question plus loin.

2° *Conditions pathologiques et signification.* — Les bruits ou résonnances métalliques se produisent le plus souvent dans la plèvre contenant un gaz (*pneumo-thorax*), et rarement dans de *vastes excavations tuberculeuses*. Ce sont des bruits dont le timbre ordinaire est transformé par la présence de gaz. On conçoit très-bien comment, dans les cas de communication de la plèvre avec les bronches, les bruits amphoriques de la respiration, de la voix, et la toux, comment la crépitation d'un liquide traversé par l'air dans la cavité

accidentelle ou dans le conduit qui y mène (de Castelnau), comment le décollement des lèvres de ce conduit, comment, en un mot, tous les bruits qui consonnent dans la cavité, peuvent prendre un timbre métallique. Bien plus, les bruits produits en dehors de la cavité, sans perforation, peuvent, en y relevant, produire (quoique plus rarement) les mêmes phénomènes. Cette remarque de Saussier, à propos du pneumo-thorax sans fistule actuelle, a été reproduite depuis par d'autres observateurs, notamment par Skoda, qui a trouvé l'unique explication des bruits métalliques, ce qui est par trop exclusif.

On a aussi donné comme preuve à l'appui de l'opinion du médecin de Vienne, des faits de tintement métallique perçu après la thoracentèse par suite de la pénétration de l'air extérieur dans la plèvre, *sans perforation pulmonaire*, mais il n'est pas prouvé qu'une perforation par le trocart n'ait pas alors eu lieu.

Quoi qu'il en soit, la consonnance métallique n'est pas démontrée pour le bruit respiratoire vésiculaire, mais elle l'est pour des bruits plus intenses, tels que ceux de *déglutition dans l'œsophage*, et même pour les *battements du cœur* (Barth). Mais dans ces différents cas, les consonnances métalliques, toujours liées à la présence d'un gaz dans la plèvre, sont beaucoup plus rares que celles qui sont produites dans l'intérieur même de la cavité pleurale.

Trousseau a eu l'idée de provoquer la consonnance métallique dans le pneumo-thorax, en percutant tandis que l'oreille est appliquée sur le côté affecté. Mais il ne faut pas oublier que, dans l'état normal, la percussion auscultatoire produit un cliquetis métallique signalé par Laennec, et semblable à celui que produit sur soi-même la percussion de la main que l'on aurait appliquée sur son oreille.

On a signalé, au niveau du cœur, des battements ayant un timbre métallique à l'auscultation, soit pendant les *palpitations* énergiques de cet organe, soit dans la *péricardite* (Bouillaud). Enfin Guillemain a cru entendre à distance un tintement métallique spontané se produisant au niveau d'une tumeur hydatique (*Gaz. méd. de Paris*, 1847).

**MÉTÉORISME.** — L'accumulation des gaz dans le tube digestif qui constitue le météorisme a reçu également les dénominations de *flatulence*, *flatuosité*, *ballonnement*, et de *tympanite* intestinale. On le reconnaît à une tuméfaction de l'abdomen localisée ou généralisée, tantôt peu prononcée et tantôt énorme, se distinguant des autres tuméfactions abdominales par le son *tympanique* que produit la percussion à son niveau. Cette sonorité est parfois plutôt obscure qu'exagérée dans certains cas de météorisme excessif.

Le météorisme, dû au développement et à l'accumulation de gaz dans l'intestin, s'observe d'abord dans les affections localisées dans cet organe : dans l'*entérite* des nouveau-nés, dans l'*entéralgie* des adultes, dans la *dyspepsie* distale flatulente, dans les OCCLUSIONS INTESTINALES, où le météorisme constitue une donnée dont Laugier a tiré parti pour le diagnostic du siège anatomique de la lésion de l'intestin. C'est aussi un signe grave de l'*affection typhoïde*, de la *morve*, de la *péritonite chronique* (avec saillies persistantes des anses intestinales); le météorisme est accidentel et passager dans certaines névroses, et notamment dans l'*hystérie*, où il cesse souvent par l'émission des gaz par la bouche ou par l'anus. Plus rarement on rencontre le météorisme comme symptôme d'*anémie*, de *cystite* aiguë, de *métrite* ou de *phlébite de la veine porte* ; affection dans laquelle le météorisme a été considéré comme un symptôme important par Waller. J'ai vu un météorisme se produire par suite du séjour

ement de la fermentation putride du sang d'une épistaxis dans l'es-  
 es intestins.

orisme est un phénomène qui n'est grave que lorsqu'il est excessif,  
 il dépend d'une maladie grave par elle-même, comme la fièvre  
 ou l'occlusion de l'intestin. J'ai vu, chez un vieillard, une dyspepsie  
 produire un météorisme devenu mortel par ses progrès excessifs.

**ITE.** — L'inflammation de l'utérus présente des caractères différents  
 elle est aiguë ou chronique.

**rite aiguë.**

*nents du diagnostic.* — Les symptômes qui peuvent faire diagnosti-  
 étrite sont les suivants : une *douleur* parfois peu vive, et bornée à  
 autres fois gravative, continue, avec des redoublements accompagnés  
 ons vers les lombes, l'anus, les aines, les cuisses, douleur consistant  
 vent en une pesanteur incommode au périnée, augmentant sensible-  
 la pression de l'utérus au moyen du *palper hypogastrique*, et du  
 ginal ou rectal; par le toucher vaginal, *dureté* ou *mollesse* du col,  
 même temps plus ou moins volumineux, et douloureux partout;  
 corps de l'organe souvent augmenté aussi, ce que peuvent faire juger  
 rectal et le toucher hypogastrique, qui permet parfois de sentir,  
 du pubis, l'utérus formant une *rénitence globuleuse, mate à la*  
*n*, et qui remonte plus ou moins haut vers l'ombilic. Plus souvent  
 ation de volume, moins considérable, est sentie par la main qui presse  
 e, tandis que de l'autre, par le toucher vaginal, on soulève l'utérus,  
 en même temps plus lourd. Au début de la métrite, il y a absence de  
*ement*; mais ensuite il en survient un roussâtre ou muco-purulent,  
 ait avec l'inflammation, à moins qu'elle ne passe à l'état chronique,  
 rare; parfois il apparaît une *métrorrhagie* plus ou moins abondante.  
 ptômes locaux se joignent des *symptômes généraux* tantôt légers et  
 -intenses (fréquence et ampleur du pouls, chaleur de la peau, quel-  
 eurs, anorexie, soif, insomnie).

*ctions diagnostiques.* — Le soupçon d'une métrite aiguë peut naître  
 tatation de certains symptômes locaux (douleur, métrorrhagie) joints  
 re; mais il est évident que l'on ne peut arriver à un diagnostic suffi-  
 précis que par l'exploration de l'utérus à l'aide du toucher et du spé-  
 i font constater les signes locaux que je viens de rappeler.

ant, malgré l'existence de ces éléments de diagnostic en apparence  
 is, il arrive souvent qu'on ne saurait décider s'il s'agit d'une métrite  
 imple *congestion* ou engorgement de l'utérus. Il serait difficile de  
 cet égard des caractères distinctifs suffisants; car, si la congestion  
 e préférence à l'époque des règles, s'accompagne de moins de fièvre,  
 s plus vives, on ne saurait baser son diagnostic sur des données aussi  
 ffisantes peut-être théoriquement, mais insuffisantes dans la pratique.  
 idération de certaines données *étiologiques* a une grande valeur dia-  
 dans les cas de doute, en dehors des causes communes à la conges-  
 métrite. On croira plutôt, en effet, à une métrite qu'à une congestion,  
 é comme antécédents des violences extérieures ayant agi incontestable-  
 ur l'utérus (coups sur l'hypogastre, chute, coït répété, opérations et  
 s faites sur l'organe), si le col présente des déchirures profondes par  
 accouchement récent (Willemin), si le travail a été difficile, la déli-  
 rieuse ou incomplète (rétention de fragments du placenta), le repos  
 , ou le coït trop tôt exercé à la suite de l'accouchement.



La métrite post-puerpérale, d'une durée d'un à deux septénaires en moyenne est la plus facile à reconnaître, qu'elle soit simple ou l'un des éléments de la *fièvre puerpérale*. Elle atteint l'ensemble de l'organe; aussi présente-t-elle l'exagération des éléments symptomatiques exposés plus haut : douleur extrêmement vive, surtout au toucher vaginal ou à la palpation hypogastrique légère; tuméfaction considérable, soit du col de l'utérus autour duquel il est difficile de passer le doigt, soit du corps, qui déborde souvent de plus de deux travers de doigts vers l'abdomen; suppression fréquente, mais non constante, des lochies; symptômes généraux intenses; parfois complications de *lymphangite*, de *phlébite*, de *suppuration* et même de *gangrène*, qui s'accompagnent d'altération profonde des traits, de *frissons irréguliers*, de sueurs froides, de tremblement, d'anxiété, de ballonnement du ventre, de dévoilement, de petitesse du pouls, etc.; enfin les *abcès de la fosse iliaque* sont une complication qui n'est pas très-rare. Il est impossible de méconnaître à ces divers signes, même en l'absence de toute complication, l'existence d'une métrite post-puerpérale, lorsque, quatre à cinq jours au moins et vingt à vingt-cinq jours au plus, après un accouchement dans les conditions que j'ai indiquées.

Fleetwood Churchill, avec Siebold, a décrit sommairement une métrite pendant la grossesse, et il a insisté sur l'importance de ne pas la confondre avec le rhumatisme de l'utérus ou la péritonite pendant la gestation. (Fleetwood Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, traduit de l'anglais par Land et Dubrisay). Avec le *rhumatisme*, la douleur est plus générale, plus paroxystique; elle est limitée et continue avec la métrite. Cette limitation rend aussi cette métrite de la *péritonite*, dont la douleur est d'ailleurs plus vive à la pression. — Il n'est pas possible de confondre la métrite aiguë, considérée dans l'état de vacuité de l'utérus, avec une *hémato-métrie* ou un *phlegmon rétro-utérin*, ces tumeurs plus ou moins douloureuses s'accompagnant, non plus au niveau du col, mais en arrière de celui-ci.

Dans les cas de métrite aiguë non puerpérale, l'affection ne varie pas sensiblement suivant son siège sur la muqueuse (*métrite catarrhale*), dans le corps de l'organe, ou sur le col isolément, pour que l'on puisse, dans un cas, faire ces distinctions anatomiques de la maladie; d'ailleurs, ces distinctions sont rien moins que précises en réalité, si ce n'est lorsque la métrite est limitée au col, et par conséquent peu utiles à rechercher ici.

3° *Pronostic*. — La métrite aiguë simple guérit presque toujours et passe à l'état chronique que dans des cas rares. Le pronostic n'est grave que lorsque la métrite puerpérale est *compliquée*, et surtout lorsque se fait une *suppuration*, qui constituerait, suivant Béhier, le point de départ de la *fièvre puerpérale* elle-même.

## II. Métrite chronique.

1° *Éléments du diagnostic*. — La métrite chronique a des signes qui varient suivant qu'elle est générale ou partielle.

Lorsque la maladie est généralisée, il y a des *douleurs* spontanées, parfois continues, le plus souvent revenant par intervalles, consistant en un sentiment de tension et de plénitude, avec tiraillements dans l'abdomen, dans les aines et surtout les lombes, et augmentant par la marche la plus lente, la droite ou assise longtemps prolongée, le cahot d'une voiture ou toute espèce de fatigue; il en est de même lorsque l'on pratique le *toucher vaginal* et la *palpation*, qui ont d'ailleurs les mêmes résultats que dans la métrite aiguë. La douleur provoquée est moindre. Le *volume de l'utérus*, apprécié par ces moyens, est rarement assez considérable pour remplir la cavité du



sin et y devenir presque immobile. Le toucher fait reconnaître aussi la *chute* l'*utérus*, et une *augmentation de consistance* du col. Le spéculum permet voir le *col volumineux* d'un rouge plus ou moins foncé, parfois brun, sans humidité, mais quelquefois bosselé, avec des sillons ou plis radiés dans l'intérieur des bosselures. L'orifice est fermé dans presque tous les cas, tantôt sec et ne laissant suinter seulement quelques *filaments muqueux* ou *teints de rouge*, ou bien un véritable *écoulement* épais ou roussâtre. Parfois il y a *métrorrhagie*, mais dans la majorité des cas les règles sont au contraire peu abondantes et il y a de la *DYSMÉNORRÉE*. — Lorsque la maladie a atteint un haut degré, elle peut produire des symptômes *anémiques* et *nerveux* : pâleur, faiblesse, amaigrissement, névralgies, irascibilité, insomnie, dyspepsies, et comme Duparcque et Bennett, des *vomissements* qui seraient liés à l'existence de la métrite chronique, mais qu'on ne saurait considérer comme cons-

Lorsque la métrite chronique est partielle, elle constitue principalement les formes dites *granuleuse* et *ulcéreuse*, dont il sera question plus loin.

*Inductions diagnostiques.* — Si la plus grande difficulté du diagnostic de la métrite aiguë est de pouvoir la distinguer de la congestion, nous rencontrons ici la difficulté non moins grande de la distinction de la métrite chronique du carcinome commençant de l'utérus. Voici les données que le praticien peut utiliser :

D'abord l'exploration du col par le toucher fait reconnaître que, dans la métrite chronique, il est lisse, uniformément tuméfié, également résistant partout; dans le spéculum, il paraît congestionné et souvent d'un rouge sombre; tandis que, dans le squirrhe ou le cancer non ulcéré, le col est inégal, présente des saillies irrégulières très-résistantes, de volume variable, en même temps que le spéculum permet de constater la pâleur blafarde de la muqueuse du col. L'induration prononcée du col due à la métrite peut surtout induire en erreur le praticien et le faire croire à un carcinome. Dans ce cas, et dans tous ceux où les caractères différentiels que je viens de rappeler sont mal accusés et ne lèvent pas tous les doutes, l'évolution ultérieure des phénomènes permet seule de se prononcer. Mais que la métrite chronique ne s'aggrave pas sensiblement, en effet, les signes locaux du véritable cancer ne permettent bientôt plus d'hésiter dans le diagnostic. Les bosselures de l'utérus deviennent de plus en plus irrégulières, les adhérences se forment, la lésion s'étend aux parties voisines, puis survient l'écoulement ichoreux et fétide, et enfin les ulcérations destructives et étendues.

Parmi les autres affections utérines, il n'y a que les *corps fibreux* de l'utérus qui puissent donner lieu aux mêmes signes que la métrite chronique qui m'occupe. Mais dans la métrite, c'est le col qui est d'ordinaire spécialement affecté, tandis que c'est le corps de l'utérus qui est le plus souvent le siège des corps fibreux.

On a voulu, à l'égard de la métrite partielle, établir beaucoup de divisions artificielles utiles à la pratique, puisqu'elles n'ont pas de signes caractéristiques. Il n'y a qu'une exception que pour la métrite chronique granuleuse et la métrite ulcéreuse, qui, par leur fréquence, ont un intérêt réel pour le praticien.

*Mutulations du col de l'utérus.* — Elles sont généralement considérées comme un mamelonnement inflammatoire analogue à celui qui se remarque sur les muqueuses, et notamment au niveau de la muqueuse du vagin (*Voy. VAGIN*); de là les dénominations de métrite *granuleuse*, *granulée*, *mame-*

L'existence de la *leucorrhée*, qui en est un signe constant, peut faire soupçonner cette affection. Elle s'accompagne aussi de troubles *gastrologiques* et de *blesse* ou langueur générale, et de douleurs *névralgiques* lombo-abdominales auxquelles participe l'utérus.

L'*écoulement* est tantôt transparent et visqueux, tantôt louche ou opalescent, blanchâtre. Par le *toucher vaginal*, on peut sentir ou non les inégalités saillies que forment les granulations; mais il faut avoir nécessairement recours au *spéculum* pour diagnostiquer les granulations, qui se montrent sous la forme d'une plaque plus ou moins arrondie, diversement située et quelquefois en contact avec l'orifice du col et s'étendant ou non à l'intérieur, comme on peut s'en convaincre en écartant les lèvres du museau de tanche avec les valves du spéculum. Ces granulations sont d'une coloration rouge, parfois violacée ou bleuâtre, et qui contraste avec la pâleur de la muqueuse environnante; elles saignent en général avec facilité au contact du spéculum. Par l'ouverture du col utérin, on voit souvent couler en bavant la matière de l'écoulement, même lorsque les granulations ne pénètrent pas dans la cavité du col. À ces signes locaux peuvent se joindre le maigrissement et les troubles digestifs et nerveux que l'on observe dans la *LEUCORRÉE*; il résulte quelquefois aussi de l'obstruction du col utérin les granulations, de la *dysménorrhée*, l'*aménorrhée* et même la *menorrhée* (Chomel).

Les données *étiologiques* de la métrite granuleuse sont peu utiles actuellement, parce qu'elles sont controversées. On a attribué cette affection, qui est essentiellement chronique, au contact irritant du liquide sécrété; mais ce qui est plus positif, c'est que presque toujours les granulations utérines s'observent chez les femmes qui ont eu des enfants, ou chez celles qui sont affectées de *blennorrhagie* aiguë ou chronique.

*Érosions ou ulcérations simples du col utérin.* — Ces lésions ont, comme les granulations, une *leucorrhée* plus ou moins abondante pour principal symptôme; elles diffèrent des granulations par la *douleur* qui est plus trépidante, parfois cuisante ou brûlante, survenant surtout au moment du coït ou de la stimulation digitale de l'utérus. Elles diffèrent encore, et c'est là le point principal, par les *caractères de la lésion* au toucher, et à la vue à l'aide du spéculum.

Dans les cas d'*érosion*, due parfois à des pessaires, mais dont les caractères sont le plus souvent inconnus, le *toucher* fait reconnaître quelquefois une lésion superficielle de substance surtout sensible au niveau des bords légèrement saillants de l'érosion. Le *spéculum* fait voir une surface plus ou moins rougeâtre, siégeant sur l'une des lèvres ou sur les deux, et limitée par des bords reconnaissables à leur saillie et à l'auréole rouge qui les entorne.

Lorsqu'il existe des *ulcérations simples*, les ulcères sont douloureux et sensibles au toucher, qui fait sentir une *déperdition* de substance inégale, molle, et souvent considérable, puisque l'on peut trouver une des lèvres détruite en grande partie. On trouve au spéculum le *col utérin* gonflé, rouge sombre, et, sur l'une des lèvres, une *ulcération* irrégulière à bords saignants et à bords boursoufflés, qui font croire à une profondeur de lésion plus prononcée qu'elle ne l'est en réalité. Ces ulcérations peuvent facilement être confondues avec les *ulcérations syphilitiques secondaires*, et mieux qu'il n'existe vraiment aucune différence dans les caractères extérieurs des unes et des autres, et que ce n'est qu'en constatant l'existence ou l'absence d'antécédents syphilitiques, ou de signes actuels de syphilis dans d'autres parties du corps, ou enfin en obtenant ou non une amélioration sensible par le traitement spécifique, qu'il est possible d'arriver à une solution diagnostique.

» (*Novum Organum*, lib. II, § XXXIX). Or, le vœu de Bacon, qui fut de la microscopie, est en voie d'accomplissement.

oyen d'investigation scientifique, le microscope a créé l'histologie. En d'exploration diagnostique, il a déjà acquis une importance qu'on ne peut plus contester. Cette importance ressort, non-seulement des résultats de la microscopie appliquée au diagnostic posthume ou cadavérique, dont je n'ai pas à parler, mais encore de ses applications déjà nombreuses au diagnostic clinique au lit des malades.

Microscopes en usage de nos jours sont assez perfectionnés pour répondre aux exigences de la pratique, quoiqu'il leur manque de montrer les objets avec la même réflexion comme ils les montrent par transparence. Malgré cette imperfection, leur usage se généralisera, au moins dans la jeune génération médicale. Le prix trop élevé des bons microscopes soit un obstacle à leur emploi usuel.

Les deux traités de microscopie de Donné (1844) et Charles Robin (1870) concernent la théorie et la manipulation de ces instruments. Il me paraît, pour en légitimer et recommander l'usage, de rappeler les principales observations cliniques qui en ont été faites.

La microscopie s'utilise pour l'examen des liquides ou des solides. L'étude du sang ainsi faite n'ait pu donner raison des modifications observées dans la plupart des maladies générales, la constatation de la présence surtout celle de la présence des globules sanguins dans des matières liquides évacuées, dans lesquels on ne pourrait tout au plus que constater la présence du sang (*Voy. HÉMORRHAGIES*), démontre l'importance de l'examen microscopique des URINES et de ses *sédiments*, dans la *maladie de Bright* et dans la SPERMATHORRÉE, n'est pas tant. La recherche des PARASITES microscopiques végétaux ou animaux a été un jour tout nouveau sur un certain nombre d'affections, en y ajoutant des particularités inconnues jusque-là. L'étude microscopique des

investigations histologiques et complexes des faits observés cliniquement désaccord profond entre ces deux données du problème à résoudre même dire qu'il y a lutte entre la prétention de l'histologie qu'elle comme base fondamentale de la pathologie, et les études cliniques à cette prétention. Comment finira ce conflit? C'est facile à prévoir. L'histologie renoncera raisonnablement à l'omnipotence en passant en faisant accepter celles de ses découvertes qui s'imposent à la pathologie, elle consentira, en beaucoup d'autres cas, à se baser à son tour sur les données cliniques, pour ses inductions investigatrices. De son côté, la clinique, sans préter l'omnipotence, mais s'appuyant sur des constatations précises au lieu les fera accepter par les histologues comme des faits incontestables à leurs inductions; et en même temps elle acceptera les bases de certaines maladies, et s'assimilera les faits de détails de la médecine les faire servir à ses inductions pratiques.

**MICROSPORON.** — Voy. PARASITES végétaux.

**MICTION.** — L'écoulement fonctionnel de l'urine a été généralement fondu, dans les traités de séméiologie, avec l'étude de l'urine et que la question mérite d'être examinée à part.

La miction est habituellement volontaire, facile, et s'effectue dans l'état de santé. Elle est plus ou moins troublée dans un grand nombre de maladies : elle se fait involontairement (Voy. INCONTINENCE), ou difficile (*dysurie*), ou impossible soit avec vive douleur (*ischurie*), soit sans (*anurie*). Enfin les envies d'uriner sont, dans certains cas, très fortes, mais avec miction facile.

La dysurie ou l'ischurie, qui s'accompagnent fréquemment d'un *prurit* très-douloureux, reconnaissent différentes causes : un obstacle dû à un *rétrécissement urétral*, qui se dénote par le jet bifurqué de l'urine, un gonflement de la *prostata*, une *tumeur* comprin-

soit de l'arrêt de l'urine par obstacle dans les uretères, soit enfin d'une motion pendant l'opération de *fistules vésico-vaginales*, comme l'a Jobert, de Lamballe (*Chirurgie plastique*). Le défaut de sécrétion se rencontre dans le *choléra*, dans la *fièvre jaune*, dans la *néphrite* reins. Lorsqu'il y a obstacle dans les uretères par la présence d'un anurie qui accompagne alors les coliques néphrétiques ne prouve pas que l'obstacle soit double, car on l'a observée avec la présence d'un seul des uretères.

vies fréquentes d'uriner avec miction facile, mais douloureuse dans ces cas, sont un signe fréquemment observé dans les *affections de l'utérus* — notamment dans les déviations de cet organe (surtout dans l'antéversion) — ces envies sont incessantes toutes les fois que du pus arrive dans la vessie (*épyphrite, calculs*).

**LAINE.** — Tout en admettant que la migraine est une névrose, on a des opinions différentes sur son siège. Pour les uns, c'est une névrose crânienne, pour le plus grand nombre une névralgie diversement localisée. Pour le Bois-Reymond un trouble dans les fonctions de la partie centrale sympathique, trouble dont le point de départ se trouverait dans la partie de la moelle cervicale à laquelle Haller et Budge ont donné le nom de région *cilio-spinale* (*Archiv für Anat.*, 1860). Ferrand a reproduit son opinion (1868), dont se rapproche aussi celle de Möllendorf (*Vichow's Archiv*, 1868).

**signes du diagnostic.** — Cette névrose, caractérisée principalement par une douleur de tête particulière, survient par accès intermittents plus ou moins fréquents.

Le principal symptôme de ces accès est la *douleur*, qui débute ordinairement dans la région sourcilière ou bien dans tout autre point d'un des côtés de la tête, d'un côté ou de l'autre (thir tout ce côté (d'où le nom d'hémicrânie donné à la migraine). La douleur gagne le côté opposé, le cou et même des parties plus éloignées ; mais c'est ordinairement le front, la tempe, l'œil, la narine qui en sont le siège. Cette douleur est tensile, ordinairement accompagnée de battements douloureux qui correspondent aux battements artériels, de frémissements dans le cuir chevelu et d'autres sensations douloureuses. Elle est augmentée notablement par les mouvements, la mastication, le bruit, et par la pression, qui dénote en général une augmentation de sensibilité de toute la tête ou d'un côté seulement, et qui constate parfois des points douloureux que dans la névralgie trifaciale et cervico-occipitale. Très-fréquemment à cette douleur se joignent des *nausées* et des *vomissements* pénibles, d'abord alimentaires, puis bilieux s'ils continuent, car il arrive souvent que les premiers vomissements soulagent rapidement. Le pouls est dur, les battements de la peau sont naturels; cependant la tête est souvent brûlante, il y survient des *sueurs* vers la fin de l'accès, qui est marqué aussi par un *engourdissement des membres* et de la lourdeur de tête dans un grand nombre de cas. Le plus souvent, le malade est forcé de garder le lit, loin du bruit et de la lumière; mais parfois, l'accès étant léger, il peut continuer à vaquer à ses occupations.

**signes diagnostiques.** — Il suffit d'exposer ces symptômes pour que le diagnostic de la migraine n'offre aucune difficulté au point de vue de la constatation de la maladie. Ce diagnostic est confirmé par la durée des accès, qui ne dépasse guère douze à vingt-quatre heures, par la fréquence des cas exceptionnels, et par le retour des accès, dans les inter-

valles dans lesquels la santé est parfaite, à moins que ces accès ne soient sytiques,

Une fois la migraine reconnue, l'essentiel est de déterminer si elle pathique ou symptomatique. — La forme *idiopathique* se rencontre lement chez la femme, sous l'influence d'un tempérament nerveux, dité, des divers troubles de la digestion stomacale, de la faim trop pro l'ingestion de certains aliments, sous l'influence de certaines odeurs les individus), de l'étude trop suivie, des émotions morales, des temps du froid : conditions qui expliquent l'apparition des accès. — Lors symptamatique ou sympathique, la migraine s'observe comme cor de certaines lésions de l'utérus, de l'estomac, ou d'un autre organ accompagnant les troubles de la menstruation, ou se montrant, chez femmes, à chaque retour des règles.

La migraine se distingue aisément, par ses accès passagers, des cé dues au coryza, aux affections fébriles à leur début, à celles du cer toutes sont plus ou moins longtemps continues. La *névralgie trifaci* seule une mention particulière comme pouvant, par ses accès, fai une migraine. On a dit que la concentration de la douleur sur le traje était un signe propre à faire reconnaître que l'on a affaire à une plutôt qu'à la migraine; mais Valleix lui-même a fait remarquer, d qu'il n'est pas toujours possible de circonscrire les douleurs de la né d'autre part, qu'il y a des migraines avec douleur contusive, points d à la pression, et même élancements dans le trajet des nerfs. Il faut d naitre avec lui qu'il y a une *migraine névralgique* ou *dermal*, plutôt confusion des deux affections entre elles. On ne peut pas com effet, comme des différences applicables à tous les faits, attendu que tères ne sont pas constants, que la névralgie revient ordinairement jours ou tous les deux jours, tandis que la migraine se montre à des plus grands, et que, dans la névralgie, l'œil affecté est injecté et tandis qu'il ne l'est pas dans la migraine.

En dehors de ses formes idiopathique, symptomatique ou symp migraine se montre sous une autre forme très-rare, signalée, mais tr lisée par Piorry; c'est l'*irisalgie*, dans laquelle l'iris est affecté, e servent principalement des troubles de la vision (arcs lumineux, obscu de la vue, pupille dilatée). Cette espèce de migraine se développerai rence sous l'influence de la lecture, de l'étude ou des préoccupat les repas.

3<sup>e</sup> Pronostic. — Jamais le pronostic de la migraine n'a de gravit seulement pénible dans certains cas, par la ténacité du retour des a leur intensité.

**MILIAIRE.** — Dans l'état actuel de la science, il est impossible isoler l'éruption miliaire qui survient comme épiphénomène dans nombre de maladies, de l'affection, le plus souvent épidémique, désignée sous le nom de *suette miliaire*. Mais comme il a été questi SUETTE des caractères de l'éruption miliaire vésiculeuse ou vésici leuse, il me suffit de rappeler les conditions dans lesquelles elle : comme épiphénomène.

La miliaire, ainsi envisagée, se rencontre assez fréquemment : dan du rhumatisme articulaire aigu; moins fréquemment dans la scarla elle n'est qu'une exagération du caractère de l'éruption finement vési cet exanthème; dans l'ictère grave; dans la méningite cérébro-spina



que, et dans plusieurs autres affections aiguës d'une certaine gravité. La lèpre, avec des taches livides, peut aussi se rencontrer dans certains cas d'*empoisonnement par l'arsenic* (p. 339). Enfin les boues de Saint-Amand contiennent, selon Edmond Robiquet (*Thèse d'agrégation*, 1853), un limon composé de débris végétaux décomposés sous l'eau qui fait développer sur la peau une éruption miliaire accidentelle.

**MOBILITÉ NERVEUSE.** — Voy. NERVEUX (État).

**MOELLE ÉPINIÈRE.** — A voir les nombreux et importants travaux de l'anatomie et la physiologie de la moelle épinière ont été l'objet, on devrait dire que la pathologie de ce centre nerveux a fait des progrès considérables. Il n'en est pas ainsi. Suivant la juste remarque de E. Fritz (*Arch. de méd.*, 1864, t. XVII), les expérimentateurs se sont appliqués à décomposer le tissu qui constitue la moelle, et à déterminer la part afférente à chacun des éléments dont elle se compose; mais la maladie ne procède pas avec ces résolutions, et le plus souvent elle est vaguement circonscrite. De plus, on n'est encore arrivé à déterminer la nature des lésions et à bien en préciser le mécanisme intime, conditions nécessaires pour bien connaître la pathologie de la moelle épinière.

Enfermée dans un conduit à parois résistantes, la moelle épinière, de même que le cerveau, est le siège d'affections dont le diagnostic est basé uniquement sur des symptômes fonctionnels.

**Maladies.** — Outre la *congestion*, l'*hémorrhagie*, l'*inflammation* (aiguë ou chronique), le *ramollissement* et la *sclérose* de la moelle conduisent à l'atrophie, ce centre nerveux est le siège de *dégénérescences* varicelleuses, *cancéreuses* ou autres, qui agissent surtout en comprimant la moelle. Il en est de même de toute autre tumeur qui a son point de départ dans les parties voisines, soit au niveau des vertèbres, soit au dehors, comme on le voit pour des anévrysmes qui usent les corps de ces os avant d'arriver à la moelle.

**Symptômes.** — Les maladies caractérisées anatomiquement par une lésion de la moelle épinière, ou qui en produisent la compression, ont pour symptômes principaux : une *douleur locale* qui est d'ailleurs loin d'être constante; des *trémulements* dans les membres; l'*anesthésie* et rarement l'*hyperesthésie* locales; la *paralysie des muscles* auxquels se distribuent les nerfs qui sortent de la moelle, au niveau et au-dessous de la partie lésée; la *paralysie* de la vessie, du rectum; parfois de la *contracture*, et même des *attaques épileptiformes*.

Les symptômes ont pour caractère habituel de siéger symétriquement des deux côtés du corps, d'occuper à peu près constamment les membres inférieurs, et d'envahir de bas en haut une étendue d'autant plus grande du tronc que la lésion se rapproche davantage de la partie supérieure de la moelle. Je fais remarquer cependant que les effets de la lésion considérés en eux-mêmes sont plus complets dans la moitié inférieure du corps que dans sa moitié supérieure, attendu que, supérieurement, une fonction essentielle à la vie, la *respiration*, se trouvant atteinte par la paralysie ou la contracture des muscles respirateurs, le danger est imminent avant que cette paralysie soit complète, tandis qu'aux membres inférieurs et au bas du tronc, la paralysie la plus absolue peut longtemps être compatible avec la vie.

Cette étendue plus ou moins grande des symptômes produits par les lésions de la moelle est donc une donnée diagnostique de grande valeur. Mais peut-on dire que toutes les parties anatomiquement inférieures à la lésion de la

moelle soient toujours atteintes? Un certain nombre de faits connus disent cette manière de voir. Landry en a communiqué à la Société d'hygiène de Paris qui semblent l'avoir autorisé à conclure que chaque partie de la moelle épinière peut être considérée comme indépendante.

Quoi qu'il en soit de cette explication, qui permettrait de comprendre certains faits en apparence exceptionnels à la règle générale que j'ai formulée plus haut, il ne faut pas oublier que les principaux signes, et en apparence les plus concluants, d'une lésion de la moelle, la paraplégie par exemple, peuvent s'expliquer sans lésion matérielle de cet organe (Voy. PARALYSIES LOCALES). Ces signes ne sont donc pas pathognomoniques d'une lésion matérielle.

Stich a cherché à utiliser l'étude des mouvements réflexes de la moelle pour le diagnostic de ces maladies (Arch. de méd., 1857, t. X, p. 100), mais ses recherches ont besoin de confirmation. Il en est de même des données anatomiques que Budge a formulées sur la moelle considérée comme un centre génito-spinal du grand sympathique. On sait qu'il admet, outre le centre respiratoire ou nœud vital : le *centre cilio-spinal* (entre la sixième cervicale et la quatrième dorsale), source des mouvements dilatateurs de la pupille et des artères de la tête; et le *centre génito-spinal* (au niveau de la quatrième vertèbre lombaire), source du mouvement de la partie inférieure du canal intestinal, de la vessie et des conduits déférents (Académie des sciences, 1859).

**MOLLUSCUM.** — C'est une affection rare, encore mal connue, résistible aux *tumeurs* qui recouvrent la peau des différentes parties du corps, qui se remarquent principalement à la face et au cou. Ce sont des espèces de tubercules très-nombreux, d'un volume variable, de celui d'un pois à celui d'un œuf de pigeon, à large base, quelquefois pourtant pédiculés, ayant une couleur de peau, et plus rarement une teinte brunâtre. Leur développement est très-lent. On admet que le molluscum est quelquefois contagieux; il l'est dans les cas où il est rebelle à tout traitement, et persiste toute la vie, mais sans conséquences graves.

**MONADES.** — Voy. PARASITES.

**MONOMANIE.** — Voy. FOLIE.

**MORT.** — La question diagnostique de la mort apparente et la question pronostique de la mort prochaine, rapide ou subite, dans le cours des maladies, demanderaient de grands développements.

La première de ces questions, celle de la mort apparente, est du ressort de la médecine légale. Elle peut d'ailleurs se résumer en peu de mots : c'est de savoir, malgré de nombreux travaux modernes, la putréfaction reste le signe le plus faillible de la mort réelle. On sait que la plupart des névroses (notamment l'hystérie), certaines affections cérébrales, l'ivresse, les asphyxies, peuvent accompagner de léthargie ou de mort apparente.

La question pronostique de la mort dans les maladies est aussi importante que délicate. Mais il serait aussi difficile de résumer cette question dans quelques propositions générales qu'il serait puéril d'en rappeler toutes les particularités.

La mort imminente est annoncée par les signes de l'AGONIE, de même que la constatation d'une foule de maladies fait redouter nécessairement, au médecin suffisamment instruit, une mort rapide ou subite, dont il doit signaler l'existence à l'administration comme possible. Les progrès de l'anatomie pathologique, depuis la publication de l'intéressant Mémoire de Louis sur les morts subites (1826)

tré que cette prévision pouvait se formuler dans un nombre d'affections beaucoup plus considérable qu'on ne le supposait. C'est ce qui ressort d'un travail de Aran (*Thèse d'agrégation*, 1853), qui rappelle que les morts subites sont le plus fréquemment à la congestion pulmonaire ou cérébrale, ou aux deux réunies (Devergie).

Il résulte de ce travail que la mort subite a lieu : par rupture du cœur ou des vaisseaux, mais plus fréquemment par suite des lésions chroniques de ces organes, celles des valvules du cœur surtout; par tuberculisation des ganglions bronchiques ou oblitération de l'artère pulmonaire; par hémorrhagie cérébrale allongée, de la protubérance ou du cervelet, ou par congestion locale violente; par ruptures de certains organes abdominaux; par lésions mal déterminées des organes sécréteurs de la bile ou de l'urine. D'autres causes de mort subite sont les convulsions chez l'enfant; les congestions sanguines pulmonaires et cérébrales chez le vieillard, ainsi que la suffocation par l'obstruction du pharynx du bol alimentaire incomplètement broyé par la mastication chez la femme, l'état puerpéral, ou plutôt la convalescence qui suit les accouchements; l'aliénation mentale dans sa forme aiguë, paralytique et épileptique; enfin l'altération matérielle ou fonctionnelle d'un des organes vitaux de l'économie. Des recherches modernes ont attribué encore la mort subite à la TRANSITION GRAISSEUSE du cœur, et à l'oblitération de l'artère pulmonaire par des thromboses veineuses.

Dans ces conditions diverses de mort subite ou rapide, les unes sont imprévisibles parce que la cause ou la maladie originelle sont latentes, et le pronostic incertain; les autres peuvent, au contraire, être prévues par la constatation de la maladie que l'on sait pouvoir entraîner une terminaison rapidement funeste.

**MORVE et FARCIN.** — Je réunis ici ces deux affections, attendu qu'il n'est aujourd'hui que le farcin ne diffère de la morve, appelée aussi *jetage*, *age*, *équinia*, que par l'absence des lésions des fosses nasales qui s'observe dans la morve. Cette affection, essentiellement contagieuse du cheval à cheval, n'était connue que par des observations éparses, dont la première remonte à 1810 (Waldinger), lorsque le docteur Elliotson, en Angleterre, publia son mémoire (1833). En France, Rayet (1837), Vigla (*Thèse*, 1839), Tardieu (1843), Monneret, Landouzy, Gubler, ont publié des travaux importants dans lesquels on trouve les éléments du diagnostic que je vais rappeler, en traitant de la morve aiguë et de la morve chronique, et en y comprenant le farcin aigu ou chronique, dont je signalerai, chemin faisant, les particularités.

#### **Morve aiguë.**

**Éléments du diagnostic.** — Envisagés sous le rapport du diagnostic, les formes de la morve aiguë présentent le plus souvent des phénomènes d'intensité, puis trois périodes successives, mais dont les éléments s'enchaînent irrégulièrement pour constituer la maladie.

Il s'agit d'abord des phénomènes fébriles intenses, avec frissons prolongés, fièvre, céphalalgie violente, courbature et *prostration considérable*, *paraparesis* dès le premier jour, *anorexie* complète, quelquefois de la *hématurie*, des *nausées*, des *vomissements*. Ces accidents fébriles peuvent être isolés ou accompagnés de symptômes locaux, lorsqu'il y a eu inoculation locale de la maladie : le point où s'est faite l'inoculation se tuméfie, devient rouge, douloureux, tendu, se couvre de phlyctènes, ou, s'il y a plaie, elle prend un aspect blafard, fongueux, et se complique de LYMPHANGITE ou LÉPTE.



Dans une *première période*, qui débute parfois avec les phénomènes dents, il survient des *douleurs arthritiques et musculaires* qui sont constantes ; les premières occupant une ou plusieurs des grandes articulations et s'accompagnant de *fièvre intense*, de *phénomènes nerveux* plus graves, d'*angine*, de *dyspnée*, et bientôt de *collections purulentes* en divers points du corps. — A une *deuxième période* (dite typhoïde) se rattache une *prostration* extrême, des *hémorrhagies*, la *gangrène*. — En classant dans une *troisième période* les accidents les plus caractéristiques de la maladie. Ils se montrent avec les phénomènes cérébraux les plus graves (alternant avec le délire) vers la peau, les muqueuses nasale et buccogingivale, et vers le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. Ces *inflammations érysipélateuses*, dont la plus remarquable occupe la face, les *inflammations pustuleuses* avec pustules de grosseur variable, agglomérées ou isolées, rouges ou violacées, occupant la peau, les muqueuses et la langue, mélangées de *phlyctènes* contenant une sérosité sanguinolente, des *tubercules cutanés rougeâtres* dont l'épiderme se détache facilement.

Les *ulcérations* de cette dernière période sont surtout remarquables sur les muqueuses et surtout de la pituitaire. Un *coryza*, d'abord avec légèreté, chaleur, et surtout sentiment d'*obstruction des cavités nasales* accompagne bientôt de l'écoulement ou *jetage* d'un liquide muqueux, sang, et qui devient rapidement purulent. On peut quelquefois voir des perforations dans les fosses nasales et même la destruction et la *perforation du cloison*. De pareilles ulcérations, avec sécrétion d'un liquide analogue à celui des fosses nasales et *engorgement des ganglions sous-maxillaires*, se font dans la *bouche*, dans le *pharynx*, et peuvent s'étendre également à la *glotte* et au *larynx*, d'où résulte une *aphonie* plus ou moins complète. Des *eschares gangréneuses* se forment également au niveau des parties atteintes, au niveau des muqueuses aussi bien que vers la peau.

A ces symptômes bien caractéristiques de la morve aiguë, dénommés morve aiguë lorsque le coryza spécial ulcéro-gangréneux vient à manquer, se joignent des *hémorrhagies* nasales, intestinales, musculaires ; une *fièvre de plus en plus intense*, avec pouls à cent vingt, cent cinquante pulsations, dépressible dans la plupart des cas ; une *prostration* de plus en plus grande, de l'*anxiété*, un *sommeil agité*, des rêveries, du *délire* continu, le *coma* ; une *haleine fétide*, une *respiration* devenant de plus en plus difficile et accélérée avec un peu de râle sibilant ou sous-crépité, *toux sèche* ou suivie d'expectoration muqueuse ou de *crachats* roqueux. La *langue* est parfois noire et sèche, l'appétit complètement nul. Les vomissements sont rares, il se développe un *météorisme* abdominal. Vers la fin, aux approches de la mort, qui a été presque constante, les faits observés, le pouls devient irrégulier, intermittent, misérable, continu, les selles diarrhéiques et fétides.

2° *Inductions diagnostiques*. — La période de la maladie à laquelle on se rapporte le malade pour la première fois influe beaucoup sur le diagnostic, et l'établissement, d'une manière générale, qu'il est d'autant moins difficile que l'état est plus avancé.

Lorsque l'on est en présence du premier groupe de symptômes que j'ai cités plus haut, symptômes fébriles avec ou sans symptômes locaux de lymphangite ou de phlébite, on peut parfaitement méconnaître la maladie. — L'invasion, lorsqu'elle est constatée seule, peut donner lieu à bien des suppositions, lesquelles celle de la morve ne viendra pas facilement à l'esprit, vu la rareté

maladie, et l'on sera naturellement plus porté à croire à l'existence d'une grave, en ne trouvant pas dans l'exploration des organes une cause suffisante pour expliquer l'intensité des symptômes généraux. — Marchant a vu la maladie débiter par plusieurs accès de *fièvre intermittente tierce*, qui ne pouvaient inévitablement que détourner du vrai diagnostic. — Si la fièvre s'accompagne de *hécé*, comme cela arrive dans certains cas, on croira à l'invasion d'une *fièvre typhoïde*, surtout en raison de la prostration très-grande du malade. — Si l'on a un *coryza* commençant ou bien une angine, on pensera avoir affaire à *rougeole* ou bien à une *scarlatine* à leur début.

Il faut avouer que, dans ces différentes circonstances, l'erreur est facile. Il en est de même lorsque, avec la fièvre, on découvre extérieurement une lymphangite ou une phlébite, résultant d'une inoculation ignorée du malade. On peut alors attribuer à une *inoculation putride* ou à une *pustule maligne*.

Quand on voit le malade à la période dite rhumatismale, et qu'il n'existe que des phénomènes fébriles et les douleurs, on croit aisément à un *rhumatisme articulaire* grave : l'erreur, en effet, a été maintes fois commise. Pour l'éviter, et que les progrès de la maladie fassent surgir d'autres symptômes, comme l'œdème de la face, le *coryza* spécial, les pustules, ou les abcès au niveau des articulations ou dans d'autres parties éloignées, pour que l'on attribue les douleurs à leur véritable cause. Cependant il ne faut pas oublier que, dans certains cas, on a vu de ces symptômes se montrer dès le début, avant ou en même temps que les douleurs rhumatoïdes, ce qui rend le diagnostic suffisamment

l'ensemble des symptômes qui caractérisent la maladie confirmée ne peut être la moindre équivoque sur l'existence de la morve aiguë, et, en l'absence des phénomènes du *coryza* spécifique, sur l'existence du farcin; car il n'est pas de toute autre affection aiguë qui se caractérise à la fois par une fièvre intense, des accidents nerveux graves, par l'érysipèle, par des pustules plus ou moins nombreuses, par des abcès multiples, la gangrène, des hémorrhagies.

Le diagnostic offre d'autant plus d'incertitude au début, que la marche de la maladie est alors plus lente. Cependant l'embarras peut aussi être très-grand si la marche est tellement rapide que l'affection se termine en trois jours, comme on l'a observé. Habituellement l'évolution des phénomènes se prolonge davantage, sans qu'on l'ait vue dépasser vingt-neuf jours, sauf dans les cas où la morve aiguë passe à l'état chronique. L'enchaînement des trois périodes que nous signalées, lorsqu'il existe (car il n'est pas constant), est une particularité importante au diagnostic. Malgré la rapidité de l'évolution de la maladie, on peut tirer à profit l'inoculation du pus des pustules de l'homme au cheval, pour confirmer le diagnostic. Mais aucune de ces données n'est aussi importante que celle des antécédents qui se rapportent à la contagion subie dans le principe par le malade.

Une fois que la contagion primitive une fois établie, en effet, soit par la déclaration du malade lui-même, soit par l'interrogatoire, le diagnostic s'élucide immédiatement. La contagion a lieu du cheval à l'homme ou de l'homme à l'homme, sans qu'on puisse toujours s'assurer si cette contagion a eu lieu par infection ou par inoculation. La profession du malade peut suggérer l'idée de la maladie, ce qui est important; car ici, comme dans une foule de circonstances analogues, il faut tenir le diagnostic que de penser à l'affection cherchée. On devra se méfier quelquefois des assertions des malades qui, par intérêt personnel vis-à-vis des autorités d'hygiène publique, dont la sévérité est connue, refusent d'avouer qu'ils ont des chevaux morveux.



L'inoculation du virus morveux est quelquefois difficile à découvrir, la maladie se déclare chez des individus occupés à manier des débris près des abattoirs, des crins, par exemple, ainsi que Duclos l'a signalé (*Jou méd.*, 1846). Quelquefois même la cause est impossible à trouver, comme un fait rapporté par Teissier (de Lyon), dans lequel on a été disposé à cas de morve spontanée.

3° *Pronostic.* — La mort est presque constamment la terminaison morve aiguë, car on n'a jusqu'à présent cité que deux faits de guérison dû à Mackensie, l'autre à Carnevale-Arella (*Giornale delle sc. med. rino*).

## II. Morve chronique.

La morve chronique, qui a été décrite par Tardieu dans sa thèse, en diffère particulièrement de l'aiguë par sa marche lente et continue, qui prolonger plusieurs mois et même plusieurs années, jusqu'à cinq ou six

1° *Éléments du diagnostic.* — Dans la morve et le farcin chronique d'abord des symptômes locaux différents.

Que la morve chronique succède au farcin ou se montre d'emblée, exempte d'éruption vers la peau, de tuméfaction ou de rougeur des tions. C'est vers les *voies respiratoires* et vers la *bouche* que se montrent les accidents locaux caractéristiques. Ordinairement, après un *mal de gorge* la *toux*, apparaissent : une *douleur* vers la trachée, une *sorte d'énervement*, l'altération de la *voix*, et même une *aphonie* complète et plus ou moins persistante; le malade se plaint d'un *enchifrènement* qu'il est facile de reconnaître à ses *reniflements* continuels; les *narines* semblent bouchées, ne permettent difficilement le passage à l'air. Parfois il y a une *douleur sourde* au bout du nez et jusque dans les sinus; au bout d'un temps plus ou moins long le malade se mouche plus fréquemment que de coutume, et le *mucus* nasal contient du *sang* en caillots, quelquefois des *croûtes* ou du *pus*. Le *mucus* puriforme est rarement assez abondant pour constituer un véritable *écoulement*. L'examen des fosses nasales peut y faire découvrir des *ulcérations*, et, d'un stilet, des *inégalités* ou même la *perforation* de la cloison qui sépare les deux fosses. Du côté de la bouche, si la maladie dure déjà depuis un certain temps, on peut constater des *cicatrices*, et le plus souvent, soit dans la bouche, soit dans le pharynx, des *ulcérations* analogues à celles des fosses nasales, ulcères que l'on peut seulement soupçonner dans le *larynx* et la *trachée*.

Dans le *farcin chronique*, ce ne sont plus les symptômes vers les *voies respiratoires* qui dominent; ce sont principalement les *abcès sous-cutanés*, caractérisés par des *tumeurs* rapidement fluctuantes dans la plupart des cas, qui peuvent disparaître brusquement ou se cicatriser après l'écoulement du pus. On se montre dans d'autres points, ou donnant lieu à des *fistules* et à des *écoulements* de mauvais aspect, pouvant persister un temps fort long, sans tendance à la guérison. Il est à noter que l'on a trouvé après la mort des *ulcérations* pituitaires dans les cas de symptômes farcineux simples en apparence, ce qui prouve bien la nature identique des deux affections.

À ce cortège d'accidents spéciaux s'ajoutent des symptômes généraux communs à la morve et au farcin chroniques : des *douleurs articulaires* et *musculaires*, la *diarrhée*, des *nausées*, la *fièvre* avec ses frissons et ses sueurs irréguliers, les sueurs alternant avec la sécheresse de la peau, l'ordure des extrémités inférieures, le *teint* jaune et terreux, l'*amaigrissement*, l'*énervement*, l'*insomnie* et tous les signes d'une *cachexie* profonde.

2° *Inductions diagnostiques.* — La maladie a quelquefois des prodromes



caractéristiques par eux-mêmes, comme du malaise, de l'affaiblissement ; douleurs très-vives dans les membres et les articulations, et parfois l'asthénie extrêmement pénible. Lorsque les symptômes de la maladie se déclarent, le diagnostic cesse d'être douteux lorsque l'origine de la morve ressort de l'interrogatoire du malade, et s'il a eu, avant le début, des accès avec des chevaux atteints de la morve.

Les plus difficiles à reconnaître sont ceux où l'obstruction des fosses nasales est le seul symptôme observé, ainsi qu'on l'a vu plusieurs fois. On peut alors être porté à un *polype des fosses nasales* ou à toute autre affection chronique de cette région. — Quand il y a des ulcérations, des abcès, c'est avec la *constitutionnelle* que l'on peut facilement confondre la morve et les tumeurs osseuses. Mais avec les ulcérations dues à la morve, on ne constate pas de saignements à pic et un fond grisâtre, une destruction rapide des os du nez, l'arête phagédénique des ulcères pharyngiens comme dans la syphilis ; d'ailleurs que cette dernière affection n'ait pas été caractérisée précédemment par des chancres et des syphilides. Enfin l'inefficacité absolue d'un traitement antisyphilitique devra donner l'éveil dans les cas douteux, et faire rejeter l'hypothèse de la syphilis.

Il faut toujours craindre, lorsque l'on a reconnu la maladie, qu'il n'y ait dans les fosses nasales et la trachée des lésions ulcéreuses beaucoup plus graves que ne le font paraître l'annoncer la bénignité des symptômes du côté de ces organes. D'un autre côté, il peut survenir comme complications une *bronchite capillaire*, une *pneumonie*, ou même une *pneumonie*, parfaitement caractérisées par leurs symptômes physiques.

**Prognostic.** — La mort dans le marasme ou par la transformation de l'affection aiguë, est la terminaison à peu près constante de la morve et des complications chroniques. La guérison a été moins rarement observée dans le farcin que dans la morve. Monneret (*Gaz. méd.*, 1843), Cazin (*Gaz. méd. de Lyon*, 1844), H. Bourdon (*Acad. de méd.*, 1858) en ont publié des exemples ; Jules Guérin a également observé un cas.

**DIAGNOSTIC.** — Voy. MYOTILITÉ.

**ÉTIOLOGIE.** — Voy. PARASITES végétaux.

**ANATOMIE.** — Les membranes muqueuses sécrètent du mucus, comme les autres membranes muqueuses de la sérosité, et dans bien des circonstances ce mucus expulsé au dehors, constitue une donnée de diagnostic par ses caractères, ou plus ou moins modifiés.

Les mucus sont des humeurs ayant pour caractères communs : une certaine consistance plus ou moins filante ou presque demi-solide (due à des substances coagulables nommées *mucosines*), une teinte grisâtre, transparente ou demi-transparente. Vus au microscope, ils tiennent en suspension : les *dépithélium* de la muqueuse dont ils proviennent, et leurs caractères permettent de reconnaître de quelle muqueuse provient le liquide muqueux ; des *globules* (désignées d'abord comme les globules dits muqueux) qui se trouvent avec une grande facilité à la surface des membranes ; des *gouttes* des *granulations moléculaires*, des *algues*, des *vibrions* et autres, lorsque ces humeurs s'altèrent (Ch. Robin, *Leçons sur les humeurs*, 1867).

Les mucus excrétés sont un des principaux éléments ou signes des crampes (252), de la dysenterie (où le mucus est mélangé de sang), de la cystite (où le mucus est mélangé à l'urine). En général, l'excrétion du mucus résulte d'une *inflammation* dite catarrhale ou d'un simple *flux* des muqueuses. Cette

signification est facilement établie, ainsi que la détermination de la muqueuse qui est le siège de l'hypersécrétion, lorsque le mucus est plus ou moins transparent. Il n'en est plus ainsi lorsque la viscosité du mucus est diminuée et qu'il est rendu opaque et jaunâtre par la présence des cellules épithéliales de leucocytes (Voy. Pus).

**MUGUET.** — Depuis que le microscope, grâce aux travaux de Ch. Robin, a démontré que l'éruption buccale du muguet n'était qu'un *épithéliome parasitaire* contagieux, se développant dans des conditions particulières, l'histoire du muguet comme maladie s'est considérablement simplifiée. Les accidents généraux graves qui ont été d'abord considérés comme la partie du cortège symptomatique de l'affection sont descendus au rôle de conditions pathologiques favorisant simplement l'apparition du parasite végétal muguet (*Oidium albicans* de Ch. Robin). Gubler, dans un Mémoire à l'Académie de médecine (août 1857), a contribué à faire envisager la question sous son véritable jour (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, t. XXII).

C'est principalement chez les enfants du premier âge qui sucent un sein mal formé, qui sont atteints de diarrhée, d'affaiblissement prononcé, sont exposés à de mauvaises conditions hygiéniques, et plus rarement chez l'adulte atteint d'une maladie grave arrivée à sa dernière période (comme la typhoïde, la phthisie), et quelquefois à marche aiguë, que l'on voit apparaître le muguet. Suivant Gubler, il ne se développerait que dans les cas où les sécrétions buccales d'alcalines deviendraient *acides*.

Toute la gravité du muguet, dont j'ai indiqué ailleurs les caractères (PARASITES végétaux) et les différences avec les fausses membranes diphtériques (p. 297 et 300), se tire de la gravité même des affections dans lesquelles il apparaît.

**MUQUEUSES** (Membranes). — Ces membranes forment la tunique plus interne d'un certain nombre d'organes creux, des organes digestifs proprement dits, des voies respiratoires, génito-urinaires, et elles doublent les muqueuses en recouvrant la surface des globes oculaires. La tunique muqueuse, au niveau de laquelle se passent, pour les premiers de ces organes, leurs phénomènes fonctionnels les plus importants, peut être atteinte de *congestion*, de *morrhagie*, d'*inflammation simple*, *ulcéreuse*, *gangréneuse*, et le siège d'un exsudat *pseudo-membraneux* dans les parties accessibles à l'air. À l'exploration, c'est-à-dire au niveau des cavités buccale, pharyngienne, des fosses nasales, des voies respiratoires, du pourtour de l'anus et de la vulve, des paupières et des globes oculaires. La moisissure du *muguet* peut se développer sur toutes les membranes muqueuses à épithélium dont la sécrétion s'altère. Les muqueuses sont de plus atteintes de lésions fonctionnelles, de *flux* plus ou moins abondants, symptômes auxquels les anciens attachaient l'importance de véritables maladies.

Les *signes* que fournissent les membranes muqueuses varient suivant qu'elles sont ou non accessibles à la vue ou à l'exploration médiate par les spéculums, par le palper simple, par les stylets, les sondes, ou par l'auscultation. Dans la profondeur des organes, les muqueuses ne peuvent fournir en général que des signes indirects, résultant surtout de l'évacuation au dehors de matières exhalées ou modifiées, dont les caractères physiques, anatomiques ou chimiques révèlent l'origine.

**MUSCLES.** — Les muscles striés occupent superficiellement les cavités splanchniques et forment presque toute la masse des parties molles des membres. On retrouve encore les muscles composant presque entièrement ces

es internes (cœur, diaphragme), et, formés de fibres lisses, dans des organes creux. Je rappelle cette universalité du tissu musculaire remarquer que les affections propres aux muscles peuvent se rencontrer dans toutes les régions du corps.

*diés.* — L'hémorrhagie intra-musculaire, la *myosite* ou inflammation des muscles, quelques *douleurs particulières* (comme le *tour de reins*, *isme musculaire*), l'atrophie primitive ou secondaire, la *pseudotumor*, la *paralysie* complète ou incomplète du mouvement, ou du l'activité musculaire, et enfin les *convulsions* cloniques ou toniques (et, rétractions) : tels sont les principaux états pathologiques ou les que l'on peut observer au niveau des muscles volontaires. Mais je ne saurais encore qu'il existe chez les vieillards un *affaiblissement musculaire* progressif qui tient à une altération de nutrition des muscles eux-mêmes, qui a été signalé par Empis (*Arch. de méd.*, 1862, t. XIX), dans lequel on a été question au mot AGES (p. 23). Des *altérations musculaires* accidentelles, constatées au microscope, ont été décrites par Hayem dans le typhoïde principalement, et dans plusieurs autres maladies aiguës (*ibid.*, 1866). Quant aux muscles de la vie organique, on a signalé le *tétanos*, les convulsions (dénommées ici *spasmes*) et la *paralysie*, comme très-rare. Les hyperémies sont dues à la paralysie ou au relâchement des muscles lisses des capillaires.

*symptômes.* — Les symptômes fournis par les muscles sont assez nombreux. La douleur qu'on y constate est parfois spontanée, mais le plus souvent par les contractions du muscle, par leur pression ou par leur frottement. L'intermédiaire de la peau (Briquet).

Les contractions douloureuses dans les mouvements doivent être étudiées avec attention chez le malade; car il peut se faire que ces douleurs aient leur point de départ non dans les muscles, mais dans les articulations, ce que feront les douleurs pendant la flexion ou l'extension opérées par l'observateur. Il est plus difficile parfois de décider si la douleur siège dans les fibres musculaires ou bien dans les filets nerveux, de manière à caractériser une *névralgie*.

La douleur produite pendant les mouvements des muscles, d'autres fois, est le signe d'un désordre de ces mouvements mêmes, avec ou sans douleur; les *contractions fibrillaires* visibles, des contractions involontaires *trémulantes* plus étendues, tantôt passagères, tantôt continues; la faiblesse ou l'insensibilité même de ces contractions (indiquant une *paralysie* ou une *parésie* incomplètes ou complètes); et enfin une incertitude des mouvements résultant, non plus d'un affaiblissement réel de la fonction motrice, mais d'un défaut de coordination (*ataxie musculaire*, *tremblements*).

*Inspection.* — Elle s'effectue de différentes manières. — L'inspection permet de constater la saillie de certaines tumeurs musculaires, les convulsions cloniques, la difficulté ou l'impossibilité de certains mouvements, certaines attitudes ou déformations révélatrices d'une lésion des muscles, et leur ancienneté et plus ou moins étendue. — La *palpation* révèle la contraction, si elle n'est pas visible par le relief particulier du muscle contracturé ou par le raccourcissement de son tendon; elle perçoit, en effet, sa dureté turgescence, dont la forme sentie ne peuvent laisser de doute à l'observateur sur la réalité de la contraction. Lorsqu'à la dureté du muscle se joignent son extrême sensibilité et son gêne dans les mouvements du membre, il peut y avoir *myosite* (*ibid.*, 1851). On constate aussi par la palpation la mollesse flasque et

comme grasseuse de certains muscles atrophiés. — En imprimant artificiellement aux membres certains mouvements, on obtient également des signes utiles, soit que l'on constate l'impossibilité de vaincre la résistance d'une contraction, soit que l'on procède comme Duchenne (de Boulogne) pour examiner le degré de force des mouvements partiels des membres : le malade étant couché, on le fait exécuter les mouvements que l'on veut étudier, et lorsque les muscles qui l'exécutent sont maintenus en contraction, on agit sur l'extrémité du membre en sens contraire. Le degré de force qu'il faut employer pour surmonter les contractions volontaires du malade donneraient une idée assez nette du degré de force de ces contractions (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII, p. 654).

Les dynamomètres servent à indiquer exactement le degré de la force des

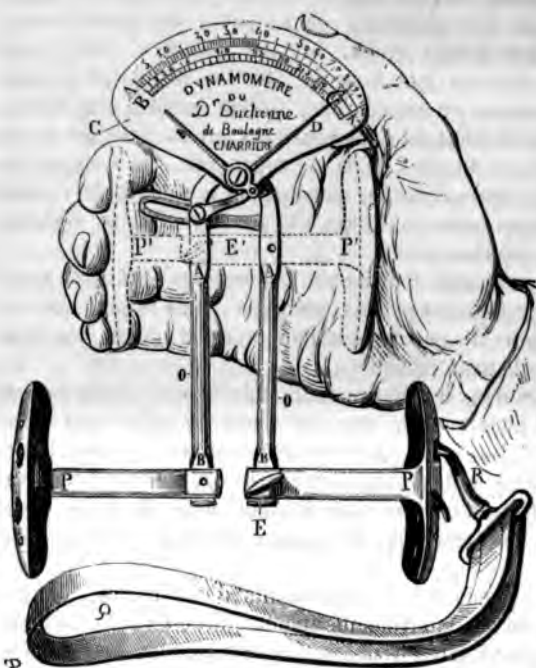


Fig. 137. — Le dynamomètre de Duchenne est composé : 1° d'un ressort en spirale et tenu par deux branches droites et placées parallèlement à côté de l'autre; 2° de deux poignées P, P, qui sont fixées à l'extrémité des branches, et ou près du point du centre, et à l'aide desquelles on écarte les branches; 3° d'une plaque C, sur la face antérieure du ressort, sur laquelle sont gravées les deux lignes A, B, des divisions depuis 1 kilo jusqu'à 100 kilos pour la première ligne et jusqu'à 40 kilos pour la seconde ligne; 4° d'une aiguille D, mise en mouvement par l'écartement des branches A, A, et qui marque le degré de force qui produit cet écartement en s'arrêtant sur telle ou telle division de la plaque C; ce peut servir à mesurer la force de flexion des doigts, comme le dynamomètre de Burq. On le place alors dans la paume de la main, comme l'indique la figure. Pour mesurer la force d'un membre, une courroie Q étant fixée d'une part à l'une des poignées, à l'extrémité du crochet R, et d'autre part à l'extrémité de la partie des

bres dont on veut mesurer la force (cette courroie peut être remplacée par une serviette ou un mouchoir plié en cravate), on saisit l'autre poignée libre et l'on tire en sens contraire du mouvement que l'on fait exécuter par le sujet, jusqu'à ce que l'on ait surmonté la résistance. Alors l'aiguille mise en mouvement par l'écartement des branches O, O, marque, sur la ligne B, si les poignées ont été fixées en bas, et sur la ligne A si les poignées ont été fixées près du point de centre, la puissance du mouvement partiel exécuté.

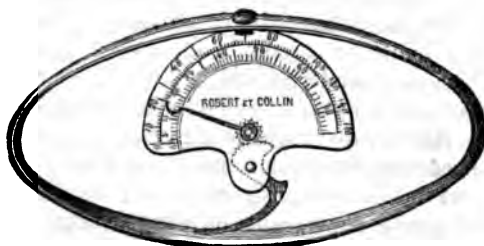


Fig. 138. — Dynamomètre Robert et Collin.

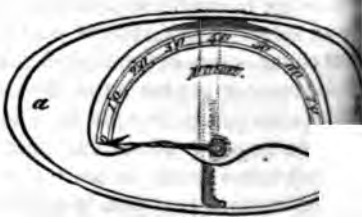


Fig. 139. — Dynamomètre Mall.

Les plus commodes et les plus faciles à employer dans la pratique sont Duchenne, fig. 137, 138 et 139.

quelle que soit la simplification de ces appareils, ils ne sont pas généralement utilisés. Il faut, lorsqu'on en fait usage, recommander à chaque malade toute sa force de contraction pendant leur emploi. — Marey, qui a appliqué un appareil *enregistreur* à la contraction musculaire, parviendra-t-il à rendre l'instrument de façon à le rendre usuel, comme le sphymographe de Marey? Ce serait à désirer, car le diagnostic des affections musculaires gagnerait beaucoup à l'emploi d'un instrument explorateur de ce genre. — Enfin l'*électrisation*, en provoquant la contraction involontaire des muscles, rend au diagnostic des services autrement importants, comme l'a montré Duchenne (*Voy. ÉLECTRISATION LOCALISÉE*, p. 323, et PARALYSIES).

**ICAUX** (Bruits). — *Voy. VASCULAIRES* (Bruits).

**SITUATION**. — Le mouvement des lèvres appelé *mussitation* qu'exécutent certains malades, comme s'ils parlaient à voix basse, est ordinairement lié avec des phénomènes cérébraux graves.

**ISMIE** (accidentel). — Le mutisme accidentel se distingue de l'aphonie, en ce qu'il y a absence de tous les mouvements destinés à produire ou à articuler des sons, tandis que, dans l'aphonie, l'impulsion de l'air et les mouvements pour l'articulation des sons ont lieu, mais le son n'est pas produit.

Le mutisme accidentel peut être causé *primitivement* par une *émotion vive*, par la *foudre*, par l'*hystérie* (qui pourtant occasionne plus fréquemment l'aphonie). — En dehors de ces trois conditions, le mutisme est *symptomatique*.

Il est dû à une destruction des *nerfs récurrents*, d'une *hémorragie cérébrale*, d'un *empoisonnement*, et, suivant plusieurs auteurs, de la présence d'*obstacles* dans l'intestin.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté, si ce n'est dans la recherche de la cause de ces causes. Il est cependant essentiel de déterminer l'origine du mutisme accidentel; car tout le diagnostic est là. Le mutisme *simulé* est d'ailleurs fréquent, et il faut soupçonner cette simulation toutes les fois que l'on a quelque intérêt à l'adopter, ce qui est fréquent parmi les recrues militaires.

**MYÉLITE**. — Les recherches les plus modernes sur la moelle épinière et les affections qui l'affectent ne permettent plus de délimiter comme autrefois le sens du mot. Cette question de la myélite est devenue aujourd'hui très-complexe, en raison des altérations de nutrition intimes de la moelle qui paraissent être la conséquence de l'inflammation, la *sclérose* par exemple (*Voy.* ce qui précède). — Au point de vue clinique, et jusqu'à ce que l'on ait définitivement résolu le problème, le diagnostic de la myélite aiguë ou chronique décrite par les observateurs du commencement de ce siècle, doit être conservé, sauf à renvoyer la myélite chronique à renvoyer aux articles ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE et PARAPLÉGIE.

**Myélite aiguë**.

**Signes du diagnostic**. — Après des fourmillements et de l'engourdissement dans les doigts et les orteils, quelquefois après des vomissements bilieux, surviennent des convulsions partielles comme premiers symptômes, il survient une *douleur* dans une partie plus ou moins étendue du rachis; une *paralysie* affectant principalement la myotilité et plus rarement la sensibilité, parfois normale ou exaltée, paralysie progressive, occupant les deux moitiés du rachis.

côtés du corps, et le plus souvent les deux membres inférieurs, la vessie et rectum; dans certains cas, des *secousses convulsives*, de la *raideur*, de la *contracture*, et parfois des *douleurs sourdes* dans les membres affectés; un *malade* *très* *fébrile* existant dès les premiers temps, avec *paroxysmes* et *gêne* *de* *la* *respiration*. Enfin, suivant quelques observateurs, il y a *érection* du *pénis* (rare) et *alcalinité* des *urines*.

Mais ces symptômes sommairement indiqués varient suivant le siège de l'inflammation dans les différentes parties de la moelle, comme l'a indiqué Ollivier (d'Angers). — Dans la myélite aiguë de la *région lombaire*, la douleur est bornée à la région des lombes, et la paralysie aux membres inférieurs (paraplégie), à la vessie et à l'intestin, d'où résultent la rétention et l'écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales. A ces symptômes se joignent parfois des *coliques vives*, des *contractions convulsives* des parois abdominales, la sensation d'un *resserrement douloureux* à leur niveau. La *myélite de la région dorsale*, où siège la douleur, entraîne aussi la paraplégie; il y a des *secousses convulsives* et continues du tronc, une agitation générale suivie de paralysie plus ou moins complète, une *respiration* courte, précipitée, s'efface en totalité par l'action des muscles respirateurs externes, et des *palpitations* irrégulières et violentes. — La *myélite cervicale* peut être précédée d'un sentiment de *gêne* dans la *déglutition* et des autres symptômes d'une angine; la douleur occupe la nuque et la partie postérieure du cou; elle s'accompagne d'une rigidité prononcée des muscles de cette région et des membres supérieurs; bientôt aux fourmillements dans les doigts des deux mains succède la paralysie des deux membres correspondants, et presque toujours aussi celle des membres inférieurs; en même temps la respiration est très-pénible, diaphragmatique, la dyspnée s'accroît considérablement jusqu'à la mort. — Enfin lorsque la myélite siège au niveau du *bulbe céphalique*, il survient des symptômes formidables : *trouble des sens*, *délire furieux*, *trismus*, *grincements de dents*, la langue est rouge, sèche, la déglutition difficile, la parole impossible; la respiration est pressée, tumultueuse; des *vomissements* surviennent, parfois des symptômes d'*hydrophobie*. A ces symptômes succède une *hémiparésie* plus ou moins subite, suivie ou non de *paralysie générale* des quatre membres. On peut observer aussi des phénomènes convulsifs et de la contracture des membres, des battements irréguliers du cœur.

La maladie est remarquable par la rapidité de sa marche, puisque la mort terminaison la plus ordinaire, survient habituellement du troisième au quatrième jour, parfois même en quinze ou vingt heures (Ollivier). Cependant, si l'affection se prolonge trente jours.

2° *Inductions diagnostiques*. — Ces phénomènes semblent être au premier abord suffisamment caractéristiques pour ne pas laisser dans l'embarras, alors qu'ils révèlent évidemment une affection aiguë de la moelle. Mais malheureusement rien dans ces symptômes ne démontre qu'il y ait inflammation.

La connaissance des causes de la myélite ne peut être d'aucune utilité au diagnostic, à l'exception d'une altération constatée des vertèbres (carie scrofuleuse, rachitis) ou de causes traumatiques (efforts, chutes, coups violents sur le rachis, fracture, déplacement des vertèbres). Ces lésions elles mêmes peuvent d'ailleurs produire, au lieu d'une myélite, une congestion ou une hémorrhagie de la moelle, affections dont le diagnostic différentiel avec la myélite a été, mal étudié, la comparaison ayant porté sur un trop petit nombre de faits.

On a dit que la *congestion* ne donnait pas lieu à des douleurs persistantes des membres, à de la contracture, à des convulsions partielles, à de la ra-



pas possible dans tous les cas. — La violence des convulsions, avec anémie du tronc, et les douleurs vives et étendues du rachis, suffisent à l'on ne puisse pas prendre une *méningite rachidienne* pour

la myélite aiguë a été jusqu'à présent étudiée d'une manière trop insuffisante pour entrer dans d'autres détails relativement à son diagnostic.

**Prognostic.** — On doit s'attendre toujours à voir survenir la mort comme dans la maladie. On ne connaît pas de faits de guérison bien authentiques.

### **Myélite chronique.**

La myélite chronique peut succéder à l'aiguë ou se développer primitivement sous l'influence des mêmes causes. Les symptômes seuls présentent dans la chronique, relativement à l'aiguë, quelques particularités, dont la principale est la différence de durée, la forme chronique pouvant se prolonger pendant plusieurs années. Cette particularité, jointe aux signes de la myélite, rend le diagnostic beaucoup plus facile que pour la myélite aiguë.

Dans la myélite chronique, Louis (*Mém. anat.-pathol.*, 1826) a constaté d'abord des douleurs fixes et très-limitées au niveau de la colonne vertébrale, une chaleur incommode, prurit et inquiétudes dans les membres inférieurs, les dernières sensations se dissipant par la marche. On retrouve ici les signes de la maladie la douleur, les fourmillements et la faiblesse, qui persistent très-longtemps, puis la paralysie graduelle, occupant d'abord les membres inférieurs, et d'abord leurs deux extrémités, puis sur la motricité que sur la sensibilité (comme pour la myélite aiguë), dans les premiers temps, et plus sensible par le repos qu'après la marche. Il y a également ici, mais plus rarement que dans la myélite aiguë, de la contracture, des convulsions; toutefois il existe très-fréquemment des petites contractions musculaires involontaires graduelles et indépendantes de la volonté, qui font fléchir peu à peu les membres inférieurs de sorte que les talons viennent toucher les fesses, en même temps que les mains ont une grande tendance à se rapprocher et à se croiser spontanément. La paralysie de la vessie et celle du rectum, qui sont loin d'être complètes, viennent lentement aussi et progressivement; elles ne sont caractérisées d'abord que par une légère difficulté d'uriner et d'aller à la selle. Il n'y a pas de fièvre.

Le pronostic de la myélite chronique dépend presque tout entier des indications fournies par la paralysie incomplète ou complète (Voy. PARALYSIES LOCALES).

Le pronostic est analogue à celui de la myélite aiguë.

**MYOSITE.** — L'inflammation aiguë des muscles est une affection rare. Dionis des Carrières, s'inspirant des leçons de Velpeau, a réuni dans sa *Thèse* (1851) les faits connus, d'où il ressort que cette affection, qui s'observe quelquefois d'emblée ou comme complication du rhumatisme musculaire, est caractérisée par un début assez brusque, un appareil fébrile variable, par une *douleur très-vive*, une *tuméfaction* et une *induration* très-remarquables, contenues exactement dans les limites des muscles affectés, et enfin par une *gêne dans les mouvements* du membre. La résolution est la terminaison la plus fréquente; la suppuration est rare.

**MYOTILITÉ.** — On peut rattacher à la contractilité des muscles qui constitue la myotilité, les questions diagnostiques relatives aux mouvements musculaires, qui peuvent être affaiblis ou abolis, exagérés, pervers.

L'*exaltation* ou l'*exagération* des mouvements volontaires n'a qu'une faible importance comme éléments de l'agitation et de certains délires, la *perversion* des mouvements comprend les *CONVULSIONS* (toniques ou cloniques) et l'*ataxie locomotrice*.

Quant à l'*affaiblissement* ou à l'*abolition* des mouvements volontaires, on ne comprend pas seulement les *PARALYSIES* complètes ou incomplètes, il est question dans un article particulier. Les mouvements volontaires peuvent être diminués ou rendus impossibles, en effet, sans qu'il y ait paralysie dans le sens strictement admis de ce mot. Les affections douloureuses des nerfs (*neuralgies*), celles des muscles et des articulations (*rhumatisme*, *goutte*), celles du squelette, comme l'*ostéomalacie*, dans laquelle la faiblesse musculaire générale est jointe à la gêne de la respiration et à la présence des phosphates dans l'urine, ont été considérées comme pathognomonique (Beylard), sont les points de départ variés de ces pseudo-paralysies.

Ces différentes causes d'affaiblissement ou d'abolition des mouvements volontaires devraient être désignées par une dénomination spéciale qui manque à la science. Il y a, en effet, ici un élément diagnostique bien défini, l'affaiblissement ou l'abolition des mouvements, qui s'offre d'emblée à l'observateur, dont celui-ci doit interpréter la signification, ses inductions s'appliquant au tel qu'il se présente. C'est ce que les anciens avaient compris en englobant toutes les difficultés ou les impossibilités des mouvements sous le nom de *paralysies* : mot impropre sans doute, mais exprimant à leurs yeux une donnée pratique de diagnostic qui, pour être négligée par nous, n'en est pas moins réelle. Cette donnée générale a des conditions organiques qu'il faut chercher dans le squelette, dans les muscles, dans les nerfs, et enfin, dans les centres nerveux qui sont directement atteints par des lésions locales, ou indirectement par des états généraux particuliers.

On est conduit à étudier la myotilité par les troubles directement constatés ou accusés par le malade du côté de la locomotion, de la préhension des objets, de la parole, de la respiration; par la difficulté ou l'impossibilité de certains mouvements; par les déformations qui résultent des lésions ou des troubles musculaires (atrophie, contracture) (*Voy. MUSCLES, PARALYSIES*).

**NASALES** (Régions). — Pour bien interpréter les signes que présentent le nez et les fosses nasales, il ne faut pas perdre de vue que ces organes sont au sens de l'odorat, à la respiration, à la phonation, et que leur occlusion par le pharynx par le voile du palais est indispensable à la régularité de la respiration.

**1<sup>o</sup> Maladies.** — Les affections particulières que l'on rencontre au niveau des cavités nasales sont : l'*ÉPISTAXIS*, l'inflammation simple aiguë ou chronique.

ou *rhinite* simple), la *punaisie* ou *dysodie* (fétidité des narines), et le *coryza ulcéreux* ou *ozène*, qui s'accompagne ou non de dysodie. On y rencontre aussi des lésions qui sont communes à d'autres organes, comme l'*exsudiphthérique* (*coryza couenneux*), le *cancer*, les *polypes* et les *calculs*. Plus, la morve, l'acné, l'impétigo se révèlent par leurs lésions au niveau du nez ou des narines, d'une manière toute particulière.

**Symptômes.** — La *douleur* qui accompagne les affections des fosses nasales est bien rarement intense; c'est plutôt un sentiment de chaleur, de gonflement, de tension, de chatouillement, de sécheresse, qu'une véritable douleur. Quant aux *phénomènes fonctionnels*, ils se rapportent aux actes que j'ai cités tout à l'heure : à l'odorat, à la respiration, à la voix et à la déglutition. L'odorat peut être aboli ou perverti, et la respiration rendue difficile par suite d'un gonflement de la pituitaire ou de l'accumulation de mucosités, au point de devenir inquiétante chez le nouveau-né. On peut en outre constater : l'*enchifrènement* (qui est parfois le symptôme principal de la morve chronique); des écoulements plus ou moins fréquents; une voix *nasonnée*, qui peut révéler ces affections que celles des fosses nasales (comme la paralysie du voile du palais); le rejet par le nez des boissons ou des aliments, qui provient de l'inoculation dans les fosses nasales vers le pharynx; l'*écoulement*, par les narines ou le pharynx, soit de sang pur, soit de *mucosités* tantôt aqueuses et irritantes, déterminant au pourtour des narines et à la lèvre supérieure un *érythème* tantôt tel, tantôt plus épaisses, plus ou moins opaques, d'un jaune verdâtre ou strié de sang, plus rarement concrètes au point de former une sorte de croûte fétide (*Voy. CORYZA*, p. 249), ou contenant des fausses membranes, des débris de cartilage altérés, des parasites. Tels sont les symptômes dont les fosses nasales sont le siège, sans compter les résultats de l'exploration.

**Exploration.** — L'inspection et la palpation sont les modes d'exploration les plus en usage, principalement pour constater l'existence des ulcérations.

L'*inspection* fait constater extérieurement : le *gonflement du nez* dû à des inflammations chroniques (comme l'érysipèle et l'éruption varioleuse), sa déformation par les *calculs*, par des *polypes*, par l'*ozène*, la syphilis; l'*érythème* du pourtour des narines dû au *coryza*; les *pustules* et les croûtes d'*impétigo* qui les recouvrent fréquemment. La vue peut pénétrer plus ou moins profondément dans les fosses nasales par les narines, surtout si l'on a soin de placer le malade en face de la lumière, la tête penchée en arrière, et de relever fortement la pointe du nez. On peut y noter de la sorte des lésions internes, et notamment des ulcérations (morve, syphilis, ozène) et même des perforations de la cloison. Le *LARYNGOSCOPE* permet de rechercher médiatement l'existence des lésions des ouvertures pharyngiennes des fosses nasales, comme l'a démontré Czerny, mais cette exploration est encore loin d'être sans difficultés sérieuses.

L'*palpation* est également immédiate ou médiate. Elle s'effectue par l'introduction du petit doigt dans l'une ou l'autre narine, ou au moyen de l'indicateur introduit par la bouche dans le pharynx au niveau des orifices postérieurs des cavités nasales, ou enfin, par les narines à l'aide d'un *stylet* mousse, flexible, et recourbé en crochet à son extrémité, ainsi que J. J. Cazenave l'a conseillé.

On introduit ce stylet aussi profondément que possible, puis, en le ramenant vers l'avant, on explore avec son extrémité mousse et recourbée toute la surface de la muqueuse pituitaire. Il glissera facilement à sa surface, si la muqueuse est saine; tandis qu'il sera retenu, s'il y a des ulcérations, par leurs bords saillants et irréguliers. C'est surtout vers la voûte ou la cloison qui l'avoisine que l'on rencontre habituellement les ulcères.

bon, à la morve, à la fièvre typhoïde, à la variole, et que Rayet les par poisons morbides. Il ne sera pas question non plus ici de Bright, dénommée néphrite albumineuse par Rayet, ni de la quelles j'ai consacré des articles particuliers.

Sans donc adopter entièrement les divisions de Rayet, je pu *Traité des maladies des reins*, le plus complet qui ait été publié une grande partie de mes matériaux.

### I. Néphrite aiguë.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes propres à l'in rein, dont on doit dégager les phénomènes qui ne s'y rattachent qu'accessoire ou indirecte et que je rappellerai plus loin, peuvent être : après des frissons au début, constants suivant Rayet, dou d'un seul rein ou des deux, plus profonde qu'une douleur des mu plus sensible en arrière du flanc qu'à sa partie antérieure, circon radiant dans les parties voisines, et spécialement vers les ure l'aîne, la cuisse, le testicule chez l'homme, et les ligaments femme ; quelquefois plus vive au niveau de la vessie qu'aux continue au même degré, augmentant par les mouvements du pirations profondes, la toux, l'éternument, et par la pression l'urine toujours diminuée, quelquefois supprimée si les deux rei avec ou sans ténésme vésical ; urine fébrile, sans autre caracté déré en lui-même, puisse faire reconnaître la maladie. Si l'on p la partie antérieure de l'abdomen au niveau de la région lomb l'autre main appliquée en arrière de la même région, on press réveille une douleur très-vive. La simple palpation abdominal sion, qui est très-douloureuse, et à laquelle on a attribué une impo dans la néphrite, constatent très-rarement la tuméfaction du rein. tômes locaux se joignent des phénomènes généraux : pouls fréqu resse et chaleur de la peau, et exacerbations fébriles bien tranch

ture de l'abcès dans les voies urinaires; cette rupture peut aussi se faire dans le côlon, le péri-toine et même les bronches, ou bien l'abcès peut se porter l'ouvrir vers les lombes.

**Inductions diagnostiques.**— Les signes de néphrite que je viens d'énumérer sont loin d'être aussi satisfaisants pour le diagnostic qu'ils peuvent le paraître au premier abord. La rareté de la néphrite simple, et au contraire la fréquence des lésions concomitantes, expliquent, avec le nombre souvent incertain des symptômes ou leur signification variée si on les considère isolément, les difficultés que le praticien rencontre. C'est ce qui a fait dire à Rayer que le posé général de tous les symptômes que présente la néphrite aiguë forme un tableau confus.

Aussi les symptômes locaux plus ou moins complets, avec la fièvre et les vomissements, ne peuvent-ils permettre que de soupçonner la néphrite, même quand il y a suppuration, comme on le verra plus loin. Pour approcher ou rendre la vérité, il est donc nécessaire de tenir compte non-seulement des phénomènes actuels, mais encore des antécédents relatifs à l'évolution et surtout de la cause apparente de la néphrite.

Les éléments *étiologiques* du diagnostic peuvent surtout l'éclairer, en expliquant l'invasion *primitive* ou *secondaire* de la maladie. D'abord les violences extérieures portant sur le rein (contusions, plaie, violentes secousses, efforts musculaires considérables avec contraction des parois du ventre) sont quelquefois suivies de néphrite simple, dite alors *traumatique*; ces causes accidentelles ont une très-grande valeur comme signes anamnestiques de la néphrite aiguë. Pourrait en être de même de l'opération de la *taille*, de la lithotritie, et même de la simple introduction d'une sonde dans la vessie chez des calculeux, de l'action du *froid humide*. On a aussi considéré comme origine de la maladie l'ingestion des *cantharides*, du *nitrate de potasse*, de l'huile de *térébenthine*.

Mais la cause de néphrite aiguë que l'on peut hardiment rappeler comme la plus fréquente de toutes celles que l'on a à rechercher, est la présence d'un calcul obstruant l'uretère, et produisant la distension et l'inflammation des voies urinaires situés en amont de l'obstacle. La néphrite secondaire, dite *calculieuse*, se reconnaît à ce que le malade a rendu des graviers dans les urines depuis un certain temps, à ce qu'il y a eu aussi comme antécédents des **MALES NÉPHRÉTIQUES**. Cette forme de néphrite, dans laquelle les urines peuvent passagèrement être sanguinolentes et albumineuses, se confond ordinairement par ses symptômes avec l'inflammation des calices et du bassinnet du rein (*Néphrite*), dont elle n'est que l'extension. Cette coïncidence constitue la *pyélonéphrite*.

La distension des organes par l'urine et par le pus, qui a lieu dans ce cas, peut aussi être produite par une tout autre cause que les calculs, ce qui contribue à rendre le diagnostic plus obscur. L'obstruction de l'uretère est quelquefois due, en effet, à une *végétation* qui ne peut être reconnue pendant la palpation ou bien à une *tumeur* comprimant l'uretère. La distension des voies urinaires donne lieu alors à une augmentation de volume et à une grande sensibilité de l'organe que la palpation peut constater. La palpation pourrait aussi auparavant fait connaître la tumeur abdominale comprimant l'uretère, ce qui serait un antécédent très-important. La même distension des voies urinaires, même cause de néphrite, résulte parfois aussi de certaines affections de la vessie, du canal de l'urètre, du rectum, de l'utérus, et, d'après Rayer, de la paralysie.

**NASONNEMENT.** — Voy. VOIX.

**NAUSÉE.** — Voy. VOMISSEMENT.

**NÉO-MEMBRANES.** — On a fait jouer dans les dernières : rôle important à ces fausses membranes, exsudées sur l'arachnoïde pathogénie de l'HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE (Voy. p. 500). On les a e comme le produit inflammatoire d'une affection particulière décrit chow, qui lui a donné le nom de *pachyméningite* (Voy. ce mot).

**NÉPHRALGIE.** — Voy. VISCÉRALGIES.

**NÉPHRÉTIQUE** (Colique). — Voy. p. 198.

**NÉPHRITE.** — Dans l'étude de la néphrite, je ne puis tenir ( néphrites qui ne sont caractérisées que par des lésions nécroscopi que la néphrite *gangréneuse* et celles dues à des maladies générales bon, à la morve, à la *fièvre typhoïde*, à la variole, et que Rayer app tes par poisons morbides. Il ne sera pas question non plus ici de la n BRIGHT, dénommée néphrite albumineuse par Rayer, ni de la py quelles j'ai consacré des articles particuliers.

Sans donc adopter entièrement les divisions de Rayer, je puiser *Traité des maladies des reins*, le plus complet qui ait été publié sur une grande partie de mes matériaux.

### I. Néphrite aiguë.

**1<sup>o</sup> Éléments du diagnostic.** — Les symptômes propres à l'inflan rein, dont on doit dégager les phénomènes qui ne s'y rattachent que d' accessoire ou indirecte et que je rappellerai plus loin, peuvent être més : après des *frissons* au début, constants suivant Rayer, *douleur* d'un seul rein ou des deux, plus profonde qu'une douleur des muscles plus sensible en arrière du flanc qu'à sa partie antérieure, circonscr radiant dans les parties voisines, et spécialement vers les uretères l'aine, la cuisse, le testicule chez l'homme, et les ligaments ror femme; quelquefois plus vive au niveau de la vessie qu'aux reins: continue au même degré, augmentant par les mouvements du tro pirations profondes, la toux, l'éternument, et par la pression; se l'urine toujours diminuée, quelquefois supprimée si les deux reins s avec ou sans *ténésme vésical*; *urine* fébrile, sans autre caractère, déré en lui-même, puisse faire reconnaître la maladie. Si l'on pose la partie antérieure de l'abdomen au niveau de la région lombaire, l'autre main appliquée en arrière de la même région, on presse for réveille une douleur très-vive. La simple *palpation abdominale* et sion, qui est très-douloureuse, et à laquelle on a attribué une importan dans la néphrite, constatent très-rarement la tuméfaction du rein. — tômes locaux se joignent des *phénomènes généraux* : *pouls* fréquent, resse et *chaleur* de la peau, et *exacerbations* fébriles bien tranchées, exceptionnellement simuler des accès de *fièvre pernicieuse*; *langue* d'un enduit muqueux, *anorexie*, *soif*, *nausées* et *vomissements*. ! de se terminer par résolution, la néphrite a une issue fatale, la mor précédée de *délire* et de *coma*. Enfin si la néphrite se termine par su l'*abcès du rein* peut s'annoncer, après un amendement trompeur de mes, par des *frissons irréguliers*, une *douleur pulsative* au nivei malade, quelquefois une *tumeur* occupant le flanc correspondant et *fluctuation* douteuse ou une *ondulation distincte* de liquide, si l'o côté affecté entre les deux mains opposées en avant et en arrière. l urines contiennent tout à coup une grande quantité de pus qui rés



are de l'abcès dans les voies urinaires; cette rupture peut aussi se faire le colon, le péritoine et même les bronches, ou bien l'abcès peut se porter surrir vers les lombes.

**Inductions diagnostiques.**— Les signes de néphrite que je viens d'énumérer sont loin d'être aussi satisfaisants pour le diagnostic qu'ils peuvent le être au premier abord. La rareté de la néphrite simple, et au contraire la présence des lésions concomitantes, expliquent, avec le nombre souvent incommodes symptômes ou leur signification variée si on les considère isolément, les difficultés que le praticien rencontre. C'est ce qui a fait dire à Rayer que *aucun* général de tous les symptômes que présente la néphrite aiguë forme un *ensemble* confus.

*Mais* les symptômes locaux plus ou moins complets, avec la fièvre et les vomissements, ne peuvent-ils permettre que de soupçonner la néphrite, même si il y a suppuration, comme on le verra plus loin. Pour approcher ou rendre la vérité, il est donc nécessaire de tenir compte non-seulement des symptômes actuels, mais encore des antécédents relatifs à l'évolution et surtout la cause apparente de la néphrite.

Les *éléments étiologiques* du diagnostic peuvent surtout l'éclairer, en expliquant l'invasion *primitive* ou *secondaire* de la maladie. D'abord les violences physiques portant sur le rein (contusions, plaie, violentes secousses, efforts maladroits considérables avec contraction des parois du ventre) sont quelquefois de néphrite simple, dite alors *traumatique*; ces causes accidentelles ont une très-grande valeur comme signes anamnestiques de la néphrite aiguë. On pourrait en être de même de l'opération de la *taille*, de la lithotritie, et même de la simple introduction d'une sonde dans la vessie chez des calculeux, ou de l'action du *froid humide*. On a aussi considéré comme origine de la maladie l'ingestion des *cantharides*, du *nitrate de potasse*, de l'huile de *térébenthine*.

La cause de néphrite aiguë que l'on peut hardiment rappeler comme la plus fréquente de toutes celles que l'on a à rechercher, est la présence d'un *calcul* obstruant l'uretère, et produisant la distension et l'inflammation des voies urinaires situées en amont de l'obstacle. La néphrite secondaire, dite *calculuse*, se reconnaît à ce que le malade a rendu des graviers dans les urines depuis un certain temps, à ce qu'il y a eu aussi comme antécédents des *maladies NÉPHRÉTIQUES*. Cette forme de néphrite, dans laquelle les urines peuvent passagèrement être sanguinolentes et albumineuses, se confond ordinairement par ses symptômes avec l'inflammation des calices et du bassinet du rein (c'est la *pyélorrhée*), dont elle n'est que l'extension. Cette coïncidence constitue la *pyélorrhée*.

La distension des organes par l'urine et par le pus, qui a lieu dans ce cas, peut aussi être produite par une tout autre cause que les calculs, ce qui contribue à rendre le diagnostic plus obscur. L'obstruction de l'uretère est quelquefois due, en effet, à une *végétation* qui ne peut être reconnue pendant la palpation, mais bien à une *tumeur* comprimant l'uretère. La distension des voies urinaires donne lieu alors à une augmentation de volume et à une grande sensibilité de l'organe que la palpation peut constater. La palpation pourrait aussi auparavant fait connaître la tumeur abdominale comprimant l'uretère, ce qui serait un antécédent très-important. La même distension des voies urinaires, dans la cause de néphrite, résulte parfois aussi de certaines affections de la vessie, du canal de l'uretère, du rectum, de l'utérus, et, d'après Rayer, de la *sténie*.

La néphrite primitive ou secondaire pourrait être confondue avec d'autres affections ayant pour siège la région lombaire ou le flanc correspondants : la congestion des reins, la périnéphrite, l'hépatite, la pyélite, le lombago, les catarrhes néphrétique ou hépatique. — La *congestion rénale* n'a de commun avec la néphrite aiguë que la douleur lombaire et l'albuminurie. Mais il peut arriver qu'au début des maladies aiguës fébriles la fièvre, des nausées, des vomissements, ou l'extension de la douleur au testicule, ainsi que je l'ai vu à l'invasion d'une variole, viennent donner momentanément le change au praticien, s'il ne songe pas à la possibilité de la simple congestion. — La *périnéphrite* indépendante d'autres lésions du rein, du foie ou de la rate, ne présente guère de caractères différents de ceux de la néphrite qu'à une période avancée : alors le flanc se bombe, la tuméfaction s'opère surtout en arrière, et l'on sent à la palpation une sorte d'empâtement ou d'œdème, alors même qu'il n'y a pas de fluctuation évidente. Il est surtout facile de confondre la périnéphrite avec la néphrite suppurée. — L'*hépatite* se distinguera de la néphrite par la tuméfaction régulière du foie et l'absence de troubles du côté de la miction. — Le *lombago* aigu, exaspéré par les moindres mouvements, ne sera jamais pris, malgré son siège, pour la douleur due à la néphrite. — La violence de la douleur et son retour par accès empêcheront aussi la confusion de la *colique néphrétique* avec la néphrite aiguë. — A plus forte raison la *colique hépatique* accompagnée d'ictère ne permettra-t-elle pas une confusion analogue.

Il est plus difficile de démêler les signes de la *cystite* et de la néphrite dans un assez grand nombre de cas. On a vu, en effet, des néphrites et des pyérites calculeuses s'annoncer par des douleurs de la vessie ou de l'urètre *plus vives que la douleur rénale*, et par l'émission fréquente de très-petites quantités d'urine décolorée et transparente (Rayer) ; d'un autre côté, il y a souvent coïncidence des maladies de la vessie et des maladies du rein, ce qui peut faciliter l'erreur.

Les formes les plus importantes de la néphrite aiguë sont la forme *simple* et la forme *calculeuse*. La néphrite *goutteuse* de Rayer rentre dans la forme calculeuse. Quant à la forme *rhumatismale*, la coïncidence de la néphrite avec le rhumatisme suffit-elle pour l'établir ? On peut en douter en voyant la néphrite coïncider également avec une foule d'autres maladies, comme l'a démontré Rayer.

Le degré d'intensité de la néphrite aiguë est surtout subordonné à la terminaison par résolution ou par suppuration, et aux lésions concomitantes des organes urinaires.

Quant aux complications, il y a surtout à redouter les ruptures, parmi lesquelles est celle (heureusement très-rare) que l'on a vue s'effectuer à travers le foie dans le poumon, et la rupture plus commune et rapidement mortelle du foyer purulent dans le péritoine. On a signalé encore, comme complications, des inflammations secondaires (par exemple la *péricardite*), et la *paraplégie*, comme l'ont démontré plusieurs observations de Raoul Leroy, d'Étiolles (*Des Paraplégies des memb. infér.*, 1856), dans lesquelles la moelle était saine.

3<sup>e</sup> Pronostic. — Le pronostic de la néphrite aiguë est extrêmement variable. Il ne peut être apprécié qu'autant que la cause de la maladie est bien connue et que, par une interprétation rigoureuse des symptômes, on arrive à reconnaître l'étendue et l'intensité de l'inflammation. La terminaison par résolution est fréquente dans les cas de néphrites traumatiques, et dans ceux de néphrites simples qui seraient dues à l'action du froid et de l'humidité. Le pronostic est grave au contraire lorsque la suppuration survient, et ne se fraye pas une issue au dehors par les voies urinaires, par le côlon ou par la peau. Il est grave

es néphrites secondaires, lorsqu'elles dépendent d'une affection de la prostate ou du rein, ou lorsqu'elles surviennent après l'opération de la lithotritie, ou après la simple exploration avec la sonde chez x.

#### **néphrite chronique.**

Indiqué comme symptômes de la néphrite chronique : des *douleurs* sourdes, profondes, dans une des régions rénales ou dans les deux, parfois des exacerbations, augmentant à la pression plus ou moins fortes lombaires, ou à la suite d'une course un peu prolongée surtout sans qu'il y ait jamais, comme dans la néphrite aiguë, douleur du suprapubien ou de la suppression des urines. Celles-ci sont cependant rendues en petite quantité très fréquemment; elles présentent une *diminution d'acidité*, ou un *alcalinisme* souvent l'*alcalinité* au moment de l'émission, enfin elles fournissent la plupart des cas, un sédiment amorphe composé de *phosphates et ammoniaco-magnésien*, d'une petite quantité d'urates, et elles contiennent en suspension des globules muqueux (?). A ces signes se joignent la *rougeur des membres inférieurs* (Rayer), des *troubles digestifs* locaux ou généraux des affections concomitantes.

Souvent, en effet, la néphrite chronique, qui s'observe principalement chez les vieillards, est secondaire; elle se rattache ordinairement à l'existence de lésions dont les accidents prennent un caractère chronique après un certain temps; *rétrécissements de l'urètre*, à des *affections chroniques* de la prostate, de l'utérus, de la moelle épinière avec paraplégie, à des lésions de l'urètre.

On ne confondra la néphrite chronique, ni avec la pyélite, ni avec le lombago. — Dans la *pyélite*, dit Rayer, il y a constamment sécrétion de pus purulent, et le plus souvent l'urine est trouble et purulente; dans la néphrite chronique, le trouble de l'urine dépend le plus souvent de la présence des phosphates en suspension. — Le *lombago* par l'augmentation de la douleur dans les mouvements du tronc, et par l'altération de la sécrétion et de l'excrétion urinaires, se distingue aussi de la néphrite chronique.

Le pronostic est grave en raison des lésions concomitantes ci-dessus rap-

**HEMORRHAGIE.** — A propos des HÉMORRHAGIES par l'urètre (p. 489), les particularités diverses qui permettent d'établir l'origine anatomique. J'ai fait remarquer également que, dans l'immense majorité des hémorrhagies hors des voies urinaires, le sang provenait des reins; et j'ai énuméré les conditions pathologiques de la néphrorrhagie. Mais il est des contrées éloignées des nôtres, une hémorrhagie rénale particulière a été admise comme idiopathique, et dont le diagnostic doit être différent : c'est l'*hématurie de l'île de France* (Maurice), ou des pays

où l'hématurie ou néphrorrhagie se présente, suivant Rayer, sous trois formes : 1° l'*hématurie simple*, dont le caractère principal, complètement, est l'absence de toute lésion ou maladie qui, dans nos climats, est propre; 2° l'*hématurie avec gravelle urique*, dans laquelle l'examen de l'urine décèle dans l'urine, avec les globules sanguins, des *cristaux uriques* ou des *gravières* de très-petite dimension; 3° enfin l'*hématurie chyleuse* ou *graisseuse* (Voy. URINES). Cet aspect laiteux des urines est ordinairement à un écoulement de sang, ou bien il alterne avec

les hémorrhagies et finit quelquefois par être persistant pendant de longues années.

Lorsqu'au Brésil, à l'île de France, à Bourbon, où cette affection est endémique, ou bien parmi nous, chez un individu provenant de ces contrées, on constate une hématurie qui présente les caractères dont je viens de parler, il devra songer à la maladie qui m'occupe. La constatation d'urines chyleuses qui auraient précédées des urines sanglantes, ne permettra pas d'hésiter dans le diagnostic; car, jusqu'à présent, les urines grasses ne paraissent pas avoir été rencontrées dans d'autres conditions. Cependant la question n'a pas encore été parfaitement résolue. Ces urines chyleuses, que l'éther clarifie immédiatement, ne sauraient d'ailleurs être confondues avec les urines simplement albumineuses. Mais il faut savoir que, dans l'hématurie endémique, l'urine peut à la fois être albumineuse et grasse.

Cette hématurie est-elle toujours exempte de lésions rénales, comme on l'a dit? Rayer ne le pense pas, attendu qu'il a reconnu que plusieurs faits d'hématurie donnés comme idiopathiques étaient symptomatiques de l'une des lésions connues pour être, parmi nous, autant de causes de néphrorrhagie. Les recherches de Pellarin ont démontré qu'il y avait des ecchymoses et une infiltration sanguine de la substance corticale des reins, avec leur hypertrophie constatée neuf fois sur quatorze autopsies, en un mot une hyperémie exagérée sans transformation pathologique des éléments histologiques, comme dans les autres affections rénales (*Arch. de méd. navale*, 1865). Le docteur Benaud a confirmé ces résultats anatomo-pathologiques (*De la Fièvre hématurique observée au Sénégal*, 1865). De plus, à propos des entozoaires des organes urinaires, j'ai rappelé (p. 366) que des œufs et même un embryon parfait de distome hæmatobie avaient été constatés par Harley dans l'urine d'un malade du Cap de Bonne-Espérance, considéré comme atteint d'hématurie dite essentielle. Il y a donc doute au sujet de la nature vraie de cette maladie endémique des pays chauds, et l'on est en droit de se demander si, au moins dans un certain nombre de faits, la néphrorrhagie ne dépend pas de la présence du distome hæmatobie dans les organes urinaires, où, comme le strongle, il donne lieu à l'hématurie (*Voy. ENTOZOAIRÉS*).

Il résulte de là que le pronostic de l'hématurie des Iles de France, qui est considéré comme sans gravité, doit nécessairement varier suivant son caractère vraiment idiopathique ou symptomatique, et, dans cette dernière circonstance, suivant l'affection qui produit l'hémorrhagie.

**NERVEUX** (Appareil). — L'appareil nerveux, composé de centres très importants (cérébro-spinal et ganglionnaires) et de nerfs ramifiés dans les différentes parties du corps, est atteint de maladies ou de lésions particulières.

Ces maladies, on le conçoit, peuvent être généralisées ou localisées. Elles diffèrent suivant que leur manifestation symptomatique a pour point de départ les centres nerveux ou les nerfs. J'ai rappelé les premières à propos de l'ENCÉPHALE et de la MOELLE ÉPINIÈRE. Quant aux maladies des nerfs, les plus importantes sont, outre les lésions traumatiques, les TUMEURS (névromes), les NÉVRALGIES et très-rarement la NÉVRITE. Les maladies de l'appareil nerveux peuvent se diviser, comme celles des autres appareils organiques, en maladies avec ou sans lésions anatomiques : distinction des plus importantes au point de vue pronostique. Les névroses, en l'absence de toute lésion appréciable, forment une classe considérable d'affections très-importantes (*Voy. NÉVROSES*).

Parmi les symptômes qui révèlent une maladie de l'appareil nerveux, la douleur joue un grand rôle. Il est même impossible à la rigueur qu'elle se produise

l'innervation soit plus ou moins atteinte; mais la douleur qui est sous l'influence des affections propres à l'appareil nerveux acquiert une signification particulière, soit par ses caractères de violence, d'élancement, de formication, soit par son siège au niveau des centres nerveux ou des filets nerveux, soit enfin par sa coïncidence avec des phénomènes atteignant les fonctions organiques. — Les *symptômes fonctionnels* occupent la plus large place dans l'étude de l'appareil nerveux. Ils sont d'abord caractérisés par des troubles de l'INTELLIGENCE, de la MYOTILITÉ ou de la SENSIBILITÉ, soit isolés, soit combinés, soit pour la production desquels les actions réflexes doivent souvent être mises en jeu. Il en est d'autres ensuite qui sont plus spécialement sous l'influence du grand sympathique, et qui constituent les troubles de la circulation. — Quant à l'*exploration* des organes malades, elle est ici en grande partie empêchée par l'isolement du centre nerveux cérébro-spinal dans les ossements à parois osseuses qui les rendent inaccessibles. Les nerfs les plus superficiels seuls peuvent être explorés par la pression dans les affections superficielles. Les ramifications extrêmes des nerfs sont fréquemment examinées aussi dans leur degré de *sensibilité*, soit au niveau de la peau ou des sens, soit jusque dans les muscles. La faradisation, localisée sur certains organes, permet de juger non-seulement de leur sensibilité, mais aussi de la contractilité, comme on l'a vu au mot ELECTRISATION. L'électricité médicale appliquée sur le trajet des troncs nerveux est généralement employée.

Les symptômes des maladies de l'appareil nerveux, pris isolément, ont les caractères, qu'ils se rattachent à une maladie avec lésion matérielle ou qu'ils sont des maladies nerveuses dites dynamiques. Ce n'est qu'en se groupant que les symptômes acquièrent leur valeur. Dans certains cas, la signification des phénomènes est facile à trouver; dans d'autres, qui ne sont pas rares, elle n'est facilement induit en erreur: il arrive alors, ou bien qu'il se prononce une affection des centres nerveux avec lésion matérielle alors que cette lésion n'existe pas, ou bien qu'il méconnaît et rejette l'existence d'une lésion réellement. Il y a des conditions où les éléments du problème sont tellement insuffisants, dans certains cas de paralysie, par exemple, que l'intelligence la plus sagace doit rester en suspens, et que le succès du prétendu tact n'est que du hasard.

**ÉTAT NERVEUX (État).** — On a donné cette dénomination à un ensemble de troubles nerveux très-variables, se rencontrant dans une foule de maladies, et qui ont été décrits sous les noms de *cachexie nerveuse*, *anémie nerveuse*, *marasme nerveux*, *mobilité nerveuse*, *névropathie* ou *protéiforme*, *nervosisme*.

Il n'est nul doute que les phénomènes si variés qui constituent l'état nerveux ont été fréquemment confondus avec des névroses mal définies, comme l'hystérie, l'hypochondrie. Aussi doit-on savoir gré à Bouchut (*De l'État nerveux chronique*, 1860) d'avoir attiré de nouveau l'attention sur ces faits récemment signalés, et peut-être trop oubliés aujourd'hui, comme pouvant caractériser quelquefois un état pathologique primitif et indépendant de toute maladie. Cependant il ne faut pas, comme Bouchut, tomber dans l'excès de généraliser, et rayer d'un trait de plume les névroses auxquelles les observateurs ont à bon droit fait prendre place dans le cadre nosologique, comme l'hystérie (Chomel), la gastralgie, l'anémie, l'hystérie. Ces névroses, pas plus que la névralgie générale de Valleix et tant d'autres affections du même genre, ne doivent être englobées sous un nouveau titre pour constituer une nouvelle



maladie, à phénomènes par trop disparates. L'état nerveux n'est autre chose qu'un état pathologique analogue à l'anémie, et, comme elle, il est tantôt idiopathique et tantôt symptomatique.

Cette manière d'envisager l'état nerveux me paraît le rétablir à sa véritable place, comme épiphénomène complexe et varié des maladies dans la plupart des cas, et exceptionnellement comme constituant un ensemble protéiforme de troubles nerveux jusqu'à présent incomplètement étudiés et décrits.

C'est évidemment d'après un groupe exceptionnel de faits trop écourtés et par suite insuffisants que Bouchut a décrit l'état nerveux. Il lui attribue comme caractères :

A l'état nerveux aigu, une dyspepsie, suite d'impressions morales vives et d'un affaiblissement profond, puis de la fièvre, quelquefois avec pyalisme, nausées, vomissements aqueux, constipation, abattement, hyperesthésies diverses, illusions sensoriales, dépérissement croissant; ensuite surviendraient des accidents névralgiques et cérébraux très-graves (délire, hallucinations, convulsions), et enfin la mort après un ou deux mois de souffrances, si un traitement convenable ne venait pas enrayer les accidents.

A l'état nerveux chronique, bien autrement fréquent que le précédent, et rapportent, différemment groupés et parfois isolés, tous les symptômes des névroses de l'intelligence, de la sensibilité, de la myotilité, et des viscères eux-mêmes. Il me suffit de les rappeler.

**NÉURALGIES.** — Je traiterai au mot VISCÉRALGIES des douleurs nerveuses que l'on observe au niveau des organes contenus dans les cavités splanchiques. Je ne m'occuperai ici que des névralgies des nerfs de la vie de relation, en empruntant surtout à Valleix (*Traité des névralgies*, 1841; *Guide du médecin praticien*, 5<sup>e</sup> édition, t. I) la plupart des matériaux de cet article. Notta, en 1854, Neucourt (*Des Maladies chroniques*, 1861), Marro (1860), Sandras (*Traité des malad. nerv.*, 1862), Trousseau, et Axenfeld (*Les Névroses*, 1863) ont aussi publié des travaux sur le même sujet.

Comme les névralgies sont distinctes par leur siège, et que le siège de la douleur est le premier fait que recueille le médecin auprès du malade, il est indispensable, au point de vue du diagnostic, d'examiner séparément chaque espèce de névralgie. Mais auparavant, et pour éviter les redites, je dois rappeler les particularités générales applicables au diagnostic de toutes les espèces.

### I. Névralgies en général.

La douleur étant le symptôme essentiel et souvent unique de toute névralgie, il est d'abord nécessaire de bien préciser les caractères qui la distinguent des autres genres de douleur. Cette douleur est spontanée ou provoquée. — La douleur spontanée est elle-même continue ou intermittente : continue, elle est très-incommode sans être violente; ordinairement comparée à une sensation de contusion, de tension, à une pesanteur, à une pression forte; elle disparaît rarement d'une manière complète dans l'intervalle des accès; intermittente, elle est constituée par des élancements comparés à des déchirements, des arrachements, des brûlures, des piqures, ordinairement très-aiguës, qui durent très-peu de temps (éclairs de douleur) et qui reviennent à des intervalles variables et plus ou moins rapprochés. Ces élancements, d'une violence très-diverse suivant les cas, et dont les malades indiquent le plus souvent la direction et le trajet du nerf, comme le ferait un anatomiste, ont des foyers d'où part la douleur lancinante pour se porter d'un point à un autre, tandis que parfois des élancements restent fixes dans ces foyers, se produisant à la fois dans plusieurs points du trajet du nerf, souvent très-éloignés l'un de l'autre. — La dou-



être provoquée par divers mouvements plus ou moins brusques du membre, au niveau des parties affectées; mais elle présente surtout un caractère local extrêmement important, et sur lequel Valleix a insisté avec d'autant plus de raison qu'avant les recherches de Bassereau et les siennes sur la névralgie intercostale, il était complètement ignoré; ce caractère est l'exaspération considérable de la douleur par la *pression des foyers ou points douloureux*. Cette pression est même le meilleur moyen de reconnaître l'existence, l'étendue et le degré de sensibilité des foyers de douleur. — Ceux-ci sont tantôt nombrables et rapprochés, tantôt rares et éloignés, mais toujours si bien circonscrits que la pulpe d'un ou de plusieurs doigts, qu'à un ou deux centimètres de distance, on ne trouve pas habituellement la plus légère sensibilité morbide. Ce qui est remarquable, il arrive quelquefois que la pression renouvelée sur un point trouvé d'abord très-douloureux, cesse de produire de la douleur, ce qui est caractéristique. C'est en partie sans doute cette disposition momentanée qui permet de contester la valeur des foyers douloureux tels que les a décrits Valleix. D'autres fois la peau est manifestement hyperesthésiée à leur niveau (dermatite).

Une condition capitale pour le diagnostic, c'est que les points douloureux ont, pour chaque espèce de névralgie, un *siège anatomique* à peu près constant, que l'on trouve : 1° au point d'émergence du tronc nerveux; 2° dans les points où le nerf traverse les muscles pour se rapprocher de la peau à laquelle il vient se jeter; 3° dans les points où les rameaux terminaux du nerf viennent s'épuiser dans les téguments; 4° enfin, aux endroits où les troncs nerveux deviennent très-superficiels.

La douleur spontanée ou provoquée de la névralgie se joignent, d'abord avec un symptôme négatif, l'absence de fièvre, et, comme symptômes liés à la maladie, mais variables et survenant dans certaines névralgies, surtout celles d'origine locale, des troubles fonctionnels des organes auxquels se distribue le nerf affecté, troubles fort bien étudiés par Notta (*Arch. de méd.*, 1854), et enfin des troubles fonctionnels survenant dans des organes plus ou moins éloignés du siège de la maladie. Les lésions fonctionnelles localisées au niveau des points affectés qui sont communes à toutes les névralgies, sont celles des mouvements (paralysie, convulsions), de la sensibilité générale ou spéciale (hyperesthésie, anesthésies), des sécrétions (sueurs locales, etc.), de la nutrition (atrophie, hypertrophie).

Le *marche* des névralgies présente, comme caractère constant, des *paroxysmes* souvent très-violents; l'affection se montre fréquemment sous forme d'accès *paroxystiques* bien tranchés. La durée de la névralgie est très-variable, car elle peut se terminer en peu de jours, ou être très-rebelle et se prolonger pendant des années, ce qui dépend des conditions dans lesquelles elle se développe.

Il est important de rechercher si la névralgie est *idiopathique* ou *symptomatique*.

Les névralgies idiopathiques sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense lorsqu'on ne tenait compte que des névralgies les plus persistantes et les plus graves. Leurs causes communes les plus utiles à connaître (lorsqu'elles peuvent être constatées) sont des conditions hygiéniques défavorables, et surtout l'influence du froid.

Pour les névralgies symptomatiques, elles sont aussi fréquentes, et ordinairement rebelles et persistantes. On les observe dans les affections organiques des développées sur le trajet des nerfs, avec la diathèse rhumatismale et dans

toutes les maladies qui débilitent profondément l'économie, comme l'anémie, toutes les cachexies, la syphilis invétérée, etc.

Lorsqu'il y a doute sur la nature névralgique de la douleur, on peut demander si l'on a affaire à une *névrite*, à un *névrôme*, dont le caractère caractéristique est une tumeur parfois très-petite sur le trajet du nerf, à certains *spasmes musculaires* limités, ou bien à des douleurs viscérales primitives (*viscéralgies*) ; mais l'existence des points douloureux signalés précédemment, ou leur absence en même temps que les signes particuliers à ces diverses affections sont constatés, ne permettent guère le doute. Le rhumatisme musculaire localisé présente d'ailleurs des signes différentiels généraux tout à fait caractéristiques : la douleur occupe une plus large surface, sans être disséminée en points particuliers ; les douleurs spontanées sont moins violentes que dans la névralgie, nulles même ou presque nulles dans l'immobilité, et à leur suite d'intensité dans les mouvements de la partie affectée.

On verra plus loin que les névralgies peuvent souvent être confondues avec des maladies des viscères au niveau desquels se constatent les douleurs.

Le *siège* des névralgies offre ceci de caractéristique qu'elles occupent habituellement le côté droit ou le côté gauche du corps sans dépasser la ligne médiane, et que, dans les cas rares où elles sont doubles, leur intensité est toujours plus grande d'un côté que de l'autre. — Le *degré* d'intensité des accès est d'ordinaire très-variable ; ils sont parfois remarquables par leur extrême acuité. — Ces accès laissent quelquefois à leur suite des troubles fonctionnels permanents, tels que troubles partiels de la sensibilité (*anesthésie, hyperesthésie*) ou de la motricité (*paralysie, atrophie des muscles, mouvements convulsifs*).

Le *pronostic* des névralgies n'est pas grave en général, et elles ne conduisent pas à la mort ; mais la grande ancienneté du mal et l'extrême violence de la douleur névralgique (ce qui n'est pas ordinaire) peuvent rendre la vie extrêmement pénible.

## II. Névralgies localisées.

Le siège des névralgies dans tel ou tel nerf a motivé la division que l'on a faite de ces maladies, ainsi que je l'ai rappelé plus haut. Mais cette division, qui fait remarquer Valleix, ne doit pas se baser sur le siège limité de la douleur, mais sur la ramification nerveuse dépendant d'un nerf principal, mais sans l'existence de cette douleur dans ce nerf, où elle peut paraître limitée à ses rameaux, mais où il est facile de la trouver disséminée en y cherchant les points douloureux à la pression.

J'admettrai cette manière de voir dans les divisions qui vont suivre, et je ne considérerai pas comme affections distinctes les névralgies *multiple et erratique*, caractérisées par la réunion ou la succession de plusieurs des névralgies décrites ci-après, et que j'ajouterai aux espèces décrites par Valleix, la *névralgie ano-vésicale*.

Je vais traiter successivement, en me bornant aux particularités qui leur sont propres, des névralgies *trifaciale, cervico-occipitale, cervico-brachiale, intercostale, des mamelles, lombo-abdominale, ano-vésicale, coccygienne, crurale, sciatique*, et de la *névralgie générale*. Je ne dirai rien de la *névralgie de la peau*, dont il a été question à part (*Voy. DERMALGIE*). Avant de m'occuper de ces névralgies en particulier, je ferai remarquer qu'elles sont ordinairement limitées, mais qu'il n'est pas très-rare de voir la plupart d'entre elles envahir des nerfs voisins par les anastomoses nerveuses, et se compliquer ainsi l'une de l'autre.

### A. NÉVRALGIE TRIFACIALE.

Cette espèce de névralgie a été aussi désignée sous les noms de *tic douloureux, névralgie faciale, prosopalgie*.

Les points ou foyers douloureux qui sont ici le siège de la douleur spontanée provoquée sont les suivants : le point *sus-orbitaire* à la sortie du nerf *maxillaire* ou un peu au-dessus; le point *palpébral*, sur la paupière supérieure; le point *nasal*, à la partie supérieure et latérale du nez; le point *sous-orbitaire*, à la sortie du nerf de ce nom; le point *malaire*, au bord inférieur de l'os; plus rarement les points *alvéolaire*, *labial*, *palatin* et *lingual*; le point *temporal*, qui est un des plus fréquents; le point *mentonnier*; enfin le point *pariétal*, aux environs de la bosse pariétale. Très-rarement la douleur existe à la fois dans la plupart de ces points; suivant Valleix, on en trouve au moins un dans chacune des trois branches du trifacial.

Comme lésions fonctionnelles, dont on reconnaît l'origine en constatant qu'elles sont précédées ou accompagnées des douleurs dont il vient d'être question, Notta a rencontré, dans près de la moitié des cas (surtout lorsque la névralgie était sus-orbitaire), une sorte d'*ophtalmie* symptomatique avec rougeur, larmoiement et photophobie; d'autres fois, l'*affaiblissement de la vue* du côté affecté, et certaines *amauroses* par paralysie de la rétine ou par dilatation de la pupille (mydriase), qui surviennent quelquefois subitement dans le cours de la névralgie et qui disparaissent parfois avec elle. La *mydriase* ou le strabisme simple, et le *strabisme externe* sont plus rarement observés, ainsi que la *constriction spasmodique des paupières* qui ne résulte pas de la photophobie. On rencontre aussi du côté affecté un véritable *coryza* ou un écoulement nasal, de même que, du côté de la bouche, il peut survenir assez fréquemment, pendant les accès surtout, une *salivation* parfois très-abondante, exceptionnellement, des *aberrations* ou l'*abolition* du goût, la *tuméfaction de la langue* ou la *sueur partielle* du front.

Les différents désordres, qui peuvent si facilement induire en erreur si l'on songe pas à la névralgie trifaciale, sont loin d'être les seuls que l'on soit parvenu à rencontrer. Les lésions du mouvement du côté affecté de la face se contentent presque aussi fréquemment que le larmoiement. Ce sont surtout les *convulsions musculaires* (tic douloureux), quelquefois des *contractions manentes* soit du muscle orbiculaire des paupières dont j'ai parlé, soit du *mâcher*, des *paralysies* partielles ou de tout le côté affecté (paralysie faciale). On voit enfin des *lésions de la sensibilité* : tantôt l'*hyperesthésie*, qui n'est que le degré le plus intense de la maladie, tantôt une *anesthésie* complète. Plus rarement on observe des *sifflements*, des *bourdonnements* d'oreille, des douleurs vagues dans les *bulbes des cheveux*, et la *rougeur* de la face ou sans *tuméfaction* et *chaleur* au moment des accès. Quant à la *dysphagie* ou *aphonie*, on doit les considérer avec Notta comme la conséquence de la crainte soulevée par le malade de réveiller les douleurs par le moindre mouvement. On ne devra pas oublier, en présence de cette névralgie, que la périodicité y est plus fréquente que dans toute autre, que les paroxysmes sont répétés, et que les accès peuvent être extrêmement douloureux, revenir le jour ou la nuit, être irréguliers et se terminer brusquement en laissant un sentiment passager de chaleur et d'engourdissement dans les parties affectées; enfin qu'elle est due souvent à la *suppression subite des règles*, à une *violence extérieure*, mais qu'elle est plus fréquemment symptomatique d'une *carie dentaire*, d'une *tumeur* développée sur le trajet du nerf, ou d'un *coryza* aigu (étendu au sinus maxillaire), et qui peut ainsi être la cause de la névralgie trifaciale.

Les variétés de cette espèce de névralgie sont aussi nombreuses que les branches principales du nerf. C'est ainsi que, suivant la localisation principale de la douleur, la névralgie a été dite *sus-orbitaire*, *sous-orbitaire*, *maxillaire inférieure*.

contre la *surdité*, les *amauroses*, la *paralysie faciale*, les *tics* ou habituelles de certains muscles de la face, et la *paralysie de la langue*, complication remarquable signalée par Marchal (de Calvi) core voir survenir consécutivement à la névralgie trifaciale, mais beaucoup plus rares : le *tétanos*, l'*hypertrophie* d'une partie du *visage* la face ou de ce côté tout entier, par suite des congestions répétées le siège, et enfin les altérations des *cheveux* qui peuvent devenir plus durs, perdre leur coloration et blanchir (Trousseau) ou même complètement.

La connaissance de ces nombreuses particularités est indispensable, non-seulement pour qu'il les rapporte à leur véritable origine, mais qu'il sache en prévoir l'éventualité.

#### B. NÉVRALGIE CERVICO-OCCIPITALE.

Signalée par P. Bérard, elle siège à la partie postérieure du cou même sur l'épaule. La *douleur* lancinante, qui se joint à la douleur part presque toujours d'un point situé *au-dessous de l'occiput*, et se propage hors des vertèbres cervicales, et va retentir dans les parties supérieures du cou, quelquefois jusque dans l'intérieur du conduit auditif externe.

Les foyers ou points douloureux sont : le point *occipital*, entre les apophyses mastoïdes et les vertèbres cervicales; le point *cervical superficiel*, au point de convergence des principaux nerfs du plexus du même nom; le point *commun* à cette névralgie et à la névralgie trifaciale; le point *mastoïdien* à l'apophyse mastoïde; le point *auriculaire*, sur la conque de l'oreille.

Ce qu'il importe de remarquer, suivant Valleix, c'est que cette névralgie complique fréquemment de la névralgie trifaciale par l'intermédiaire du nerf pariétal qui leur est commun et par les anastomoses des nerfs occipital, de même que la névralgie trifaciale gagne avec la plus grande facilité le nerf occipital. — C'est ce qui a fait croire à certains observateurs que la *névralgie du nerf facial* qui n'existe pas. Pour éviter l'erreur, il faut constater les points occipital, pariétal et frontal, et de s'assurer que

urt, vers l'épaule et le cou, et de l'autre vers la main, en suivant le nerf

oints douloureux à la pression sont : le point *cervical inférieur* un dehors des dernières vertèbres cervicales; le point *post-claviculaire* angle formé par la clavicule et l'acromion; le point *deltoïdien* ou *circulaire*, à la partie supérieure du deltoïde; le point *axillaire*, dans le creux axillaire; le point *épitrochléen*, à l'endroit où le nerf cubital contourne l'humérus; le point *cubito-carpien*, vers la jonction du cubitus et du carpe; le point *radial* à l'endroit où le nerf de ce nom contourne l'humérus; le point *carpien*, vers l'articulation du radius et du carpe; les points *digitaux*. La pression des points cubito-carpien et radio-carpien, qui sont le mieux circonscrits, détermine quelquefois une douleur très-grande, et peut provoquer des spasmes dans tout le membre. — Comme *lésions fonctionnelles*, on rencontre dans cette névralgie des *contractions spasmodiques* des muscles, pendant les accès de douleur, et une diminution locale de la *sensibilité*

*violence extérieure*, une *brûlure*, une *piqûre* et le *rhumatisme musculaire* des muscles de l'épaule sont des causes particulières qu'il ne faut pas négliger de rechercher comme étant celles qui ont été ordinairement con-

limitation des signes de la névralgie résultent les variétés suivantes : les points dits *radiale*, *cubitale*, *musculo-cutanée* et *médiane*. Quant aux autres variétés, on peut seulement préjuger, d'après les notions anatomiques, les points douloureux qui les caractérisent, car les auteurs qui les ont décrits n'ont pas recherché les foyers douloureux à la pression. La *névralgie cervico-brachiale* est la plus fréquente des variétés de la névralgie cervico-brachiale; la douleur se fait sentir principalement au niveau des deux derniers doigts de la main, principalement dans le petit doigt, avec engourdissement dans certains doigts. Dans la *névralgie radiale*, le point douloureux le plus important est le point radial, et, du côté de la main, c'est le pouce qui est principalement douloureux et engourdi. — Enfin le docteur Gamberini a décrit sous le nom de *névralgie brachiale nocturne* une forme de cette maladie caractérisée par son apparition nocturne à la main et à l'avant-bras et par l'apparition nocturne des accès; les douleurs sont surtout de l'extrémité des doigts et principalement des deux derniers, et se font sentir jusqu'au voisinage du coude, et peuvent être très-intenses; elles sont soulagées par les applications froides, par les mouvements musculaires, qui soulagent quelquefois la crépitation des tendons, et enfin, elles résistent au traitement par la quinine (*Journ. des conn. méd.-chir.*, 1848).

#### NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.

Névralgie, qui est la plus fréquente de toutes, a été nommée *névralgie thoracique*, *intercostale*, *des nerfs spinaux*, *irritation spinale*, etc. Étudiée par Nicod, Brown, Parrish, elle l'a été surtout par Bassereau, Valleix, Morry et Léoni. Trousseau en a fait l'objet d'une leçon (*Union médicale*, t. XXVI, p. 307) dont nous ne saurions adopter les conclusions, qui ne sont que les faits observés par Bassereau et par Valleix, et sur lesquelles nous nous en tenons plus loin.

Névralgie dorso-intercostale peut occuper un ou plusieurs des espaces intercostaux et la région épigastrique jusqu'à l'ombilic. Elle se montre de préférence dans les sixième, septième et huitième espaces intercostaux, et plutôt dans le côté gauche que du côté droit. La douleur spontanée ne présente de particulière que la direction des élancements, qui se portent ordinairement du rachis



vers le sternum ou l'épigastre, en prenant toujours naissance dans un dont il va être question.

Ces points, dans lesquels se fait sentir aussi la douleur provoquée par la pression, sont, pour chaque nerf intercostal : le *point postérieur* ou un peu en dehors de chaque apophyse épineuse, et à peu près vis-à-vis la sortie du nerf par le trou de conjugaison; le *point latéral*, vers la partie moyenne de l'espace intercostal; et le *point antérieur*, sternal ou épigastrique, ou entre les cartilages, vers la région précordiale. Je dois insister sur le siège épigastrique du point antérieur dans la névralgie des nerfs intercostaux; sa limitation précise, ne dépassant pas le niveau de la ligne blanche, est un signe diagnostique qui, recherché plus fréquemment par les praticiens dans le cas de douleur épigastrique, empêcherait des erreurs diagnostiques qui ne sont pas très-rares, mais qui ont été bien plus fréquentes lorsque la prétendue gastrite dominait la pathologie systématique. Quoi qu'il en soit, c'est au niveau de ces points douloureux, et non ailleurs, l'un, tantôt dans l'autre, que les grandes inspirations, les efforts et quelquefois les grands mouvements du bras et du tronc, excitent la douleur.

Tels sont les signes dont la constatation journalière au lit des malades rend la légitimité hors de doute. Ces signes présentent une telle notoriété qu'il est si facile de les admettre, tant ils sont fréquents et précis, que l'on ne s'aperçoit qu'à un malentendu quand on voit un observateur de l'autorité de Trousseau faire imprimer les assertions suivantes : « J'ai toujours été surpris de constater que les névralgies données par Valleix, je veux parler des *points douloureux officiels*... Il a indiqué, pour la névralgie intercostale, qui est si connue, trois points douloureux : le premier, correspondant à l'angle des côtes (?); vers la partie moyenne de la côte; le troisième, vers son extrémité supérieure. Or, cela est tout à fait faux.... Quels sont donc en réalité ces points douloureux ? Il y en a trois : l'un, qui n'a pas été indiqué par Valleix, mais qui a une importance diagnostique considérable, est celui que j'ai appelé *apophysaire*... qui existe, comme son nom l'indique, sur les apophyses des vertèbres... Jamais je n'ai manqué de le trouver » (Loc. cit.). Ce malentendu est flagrant et facile à préciser. D'abord Trousseau a cité les foyers de douleur comme Valleix, et, en réalité, il ne conteste que le foyer postérieur. Mais Valleix n'a jamais dit que le siège du foyer postérieur de la névralgie dorso-intercostale fût à l'angle des côtes; il l'a indiqué comme immédiatement en dehors de l'épine vertébrale. Trousseau a dit le niveau même de l'épine, et jamais en dehors. Depuis la publication de son livre en 1864, j'ai cherché la vérité sur ce point de diagnostic si facile à constater. Or, 1° en pressant du bout d'un seul doigt l'extrémité des apophyses, je n'y ai constaté de foyer douloureux; 2° en pressant sur ces mêmes apophyses avec deux doigts réunis, qui comprimaient par conséquent un peu sur les côtes, je réveillais la douleur; 3° mais en comprimant seulement la partie latérale immédiatement en dehors des apophyses, avec la pulpe du doigt, je faisais apparaître la douleur avec toute son intensité, et seulement là où se trouvaient les autres points névralgiques. La question diagnostique des foyers douloureux postérieurs de la névralgie dorso-intercostale conservée nette et la précision que Bassereau et Valleix lui avaient données; et la correction de Trousseau s'explique facilement, et par la localisation erronée



attribuée à Valleix, et par le mode de constatation employé au niveau

symptômes fonctionnels de cette névralgie dorso-intercostale, Valleix a vu dans quelques cas des troubles gastro-intestinaux, et il cite un fait où des vomissements ont paru être la conséquence de la névralgie dorso-intercostale. Je crois les faits de cette espèce moins rares qu'on ne pour-rait le croire. J'en ai rencontré un certain nombre. Beau a signalé aussi l'association de la névralgie dorso-intercostale avec l'anémie comme une coïncidence fréquente de cette espèce de névralgie. La question la plus importante à résoudre est la détermination du caractère idiopathique ou symptomatique de cette névralgie.

Les affections auxquelles on peut rattacher la névralgie dorso-intercostale idiopathique sont nombreuses. Ce sont : le ZONA, qui donne lieu à des douleurs dorso-intercostales très-rebelles ; la congestion pulmonaire, ainsi que je l'ai plusieurs fois constaté (Voy. p. 226) ; la bronchite capillaire aiguë (Valleix, *op. cit.* p. 435), l'anémie, la chloro-anémie, et les affections utérines. Valleix a insisté sur la fréquence de ces dernières causes.

Il n'existe pas une des nombreuses affections qui peuvent produire la névralgie dorso-intercostale symptomatique, on doit rechercher si un tempérament nerveux, la dysménorrhée, l'aménorrhée, des coups reçus sur la région thoracique ou une autre cause de névralgie idiopathique, ne viennent pas rendre plus évident le caractère primitif de l'affection névralgique.

Le diagnostic différentiel de cette névralgie avec plusieurs affections thoraciques siégeant à la poitrine, et qui s'en distinguent par l'absence de la douleur à la pression, et par quelques caractères qui leur sont propres : la pleurésie sèche, par le bruit de frottement ; la pleurodynie, par l'augmentation de la douleur dans les mouvements respiratoires ; la méningite, par les convulsions, la contracture, la douleur plus étendue et par la pression des apophyses épineuses ; le ramollissement de la moelle, par des douleurs égales des deux côtés et rarement augmentées par la pression des apophyses épineuses seulement ; enfin, la carie vertébrale, par la localisation de la douleur que détermine la pression antérieure d'une côte qui correspond à la carie.

On peut croire à une simple névralgie dorso-intercostale en présence de symptômes qui précèdent, et lorsqu'on examine superficiellement les malades. Mais il est plus fréquent de voir prendre la névralgie pour une affection profonde. C'est ce qui arrive lorsque l'intensité et la fixité de la douleur absorbent l'attention et font négliger la recherche des autres symptômes, dont la constatation leverait tous les doutes. — J'ai vu une femme qui avait été traitée depuis plusieurs années pour une affection du foie sans succès, quoiqu'elle souffrît d'une douleur habituelle au rebord externe des fausses côtes droites, qui ne cessait, pour ne plus revenir, à la simple application d'un petit vésicatoire ; le point vertébral correspondant était très-évident à la pression ; le point névralgique fixé au niveau du cœur, ce qu'il est si fréquent de constater chez les femmes, a fait souvent croire à une affection de cet organe, quoiqu'il existe en même temps des palpitations nerveuses. — Quant à la névralgie épigastrique, elle ne saurait plus simuler une gastrite comme autrefois, si l'on constate la limitation de la douleur d'un côté, en dehors de la ligne médiane. On pourrait prendre encore les douleurs épigastriques pour des coliques nerveuses, et même pour l'angine de poitrine, si l'on ne tenait pas compte de cette particularité de la douleur produite par la pression.

Ce siège diffère de la douleur spontanée, la seule accusée ordinairement par les malades, dans certains points à l'exclusion des autres, a fait admettre des formes de la névralgie dorso-intercostale que l'on a eu le tort sans considérer comme des névralgies particulières, mais dont la distinction n'est pas moins utile au diagnostic. Telles sont les névralgies dites *dorso-costale*, *mammaire*.

Comme *complication*, on a admis l'*herpès zona*. Mais il a été considéré seulement comme effet, mais encore comme cause de cette espèce de névralgie par Rayer et Notta.

#### E. NÉVRALGIE DES MAMELLES.

Lorsqu'il n'existe aucune tumeur au niveau de la mamelle chez la femme, on peut avoir à constater au niveau de cet organe une douleur névralgique ou moins généralisée, dont il est difficile de préciser le siège exactement par la palpation, ainsi que l'a fait remarquer Velpeau (*Traité des maladies du sein*, 2<sup>e</sup> édit., 1858).

Cette affection se remarque chez les jeunes femmes âgées de vingt à trente ans, dans les mêmes conditions étiologiques que la névralgie, principalement avec l'anémie, la dysménorrhée et à l'âge de retour (de trente à quarante ans). L'intensité de la douleur est très-variable, et ses irradiations vers l'épaule, le dos, les hanches, sont fréquentes; rarement continues, plus souvent intermittentes, apyrétiques, il peut suffire de l'apparition d'une fièvre trues pour les faire disparaître. Ces douleurs n'ont jamais eu d'issue définitive quoique prolongées comme l'action de certaines causes.

#### F. NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.

Cette névralgie est une des plus importantes à connaître au point de vue du diagnostic. Elle représente et elle comprend, en effet, plusieurs états cliniques dont on avait d'abord méconnu la nature, et que Valleix a eu le mérite de rattacher à leur véritable origine, ainsi qu'on le verra plus loin. L'erreur qui a régné d'abord sur ce point provenait en grande partie de la situation des organes variés auxquels se distribuent des branches des plexus lombaire et sacré, plexus dont les anastomoses sont si nombreuses que l'on s'explique bien que les douleurs névralgiques ne soient pas toujours limitées dans un point, mais dans l'autre.

La douleur spontanée peut s'étendre des lombes à l'hypogastre, et surtout dans ce dernier point, un peu en dehors de la ligne blanche, souvent du côté droit, qu'elle se fait sentir, parfois sous forme de crampes avec sentiment de torsion et de chaleur; elle peut s'étendre jusqu'à l'épaule et être exaspérée par les mouvements du tronc, les efforts de défécation ou de miction.

Les foyers de douleur sont : le point *lombaire*, que l'on doit chercher contre la colonne vertébrale (comme à la région dorsale pour la névralgie dorso-intercostale), mais immédiatement en dehors du *muscle sacro-lombaire*, ainsi que Valleix l'avait reconnu dans les derniers temps de sa vie; le point *iliaque*, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des Iles; le point *gastrique*, au-dessus de l'anneau inguinal et en dehors de la ligne blanche; le point *inguinal*, vers le milieu du ligament de Fallope; le point *scrotal*, la *grande lèvre*; enfin assez souvent le point *utérin*, qu'on trouve, par le toucher vaginal, sur un des côtés du col de l'utérus.

Cette névralgie peut être confondue avec le *lombago*, le *tour de reins*, le *rhumatisme des parois de l'abdomen*, si l'on ne recherche pas les points douloureux, qui ne se rencontrent que dans la névralgie, et avec la *névralgie*.

eurs du *cancer de l'utérus*, à moins de complication névralgique, pas non plus ces points douloureux caractéristiques.

algie lombo-abdominale est surtout remarquable par les variétés qui résulter de l'existence ou de l'exagération de la douleur dans telle ou telle nerveuse.

ne ou névralgie *utéro-lombaire* ou *utéro-lombo-abdominale*, étudiée et par Malgaigne, est caractérisée par la douleur propagée au col même côté que les points douloureux extérieurs, ce que démontre le vaginal. La *leucorrhée* (Valleix, Neucourt, Marotte) et la *métrorrhagie* (*ur. biblioth. méd.*, 1828) ont été constatées comme lésions fonctionnelles cette névralgie, que, suivant la remarque de Valleix, on a confondu avec des *affections utérines* d'une tout autre nature.

ne *algie ilio-scrotale* n'est que la névralgie lombo-abdominale propagée au scrotum, comme elle peut l'être à la grande lèvre. Elle est caractérisée par la douleur et la douleur souvent excessivement vive qui occupe, chez l'homme, le testicule, dont le simple contact est alors insupportable (testicule d'Ast. Cooper), ou la grande lèvre chez la femme. On a cité comme exemples fonctionnelles en pareil cas, chez l'homme : des *érections* plus fréquentes, des *érections* plus répétés, et, comme conséquence de cette variété de névralgie, une véritable *orchite* dite névralgique, et dont un fait remarquable est rapporté par Marotte à la Société des hôpitaux, en février 1851.

ne *algie de la vulve* décrite par les auteurs comme une variété de névralgie lombo-abdominale, comme pour la névralgie utérine ? C'est ce que dit Valleix. Quoi qu'il en soit, la vulve est le siège des douleurs spontanées analogues à celles des autres névralgies, et le simple contact, même très-léger, dans certains cas, en est extrêmement douloureux. Il peut en résulter une inflammation vaginale, l'introduction d'une canule, et surtout le coït, soient douloureux. Une rougeur peu prononcée de la muqueuse et une exsudation légère surviennent quelquefois (Velpeau). Cette névralgie se montre surtout chez les jeunes filles au moment où elles deviennent nubiles, et chez les jeunes femmes avant le premier accouchement, et chez celles qui sont à la ménopause. Je l'ai observée passagèrement au commencement du premier accouchement ; on l'a signalée aussi comme dépendance de diverses affections de l'utérus et de ses annexes.

On considère la névralgie lombo-abdominale comme étant quelquefois le point de départ de la *dysménorrhée*.

#### ALGIE ANO-VÉSICALE.

La névralgie de la vessie et de l'anus a été l'objet d'un article important dans le *Dictionnaire de médecine* en trente volumes (t. III) ; elle a attiré une attention particulière.

Elle commence par devenir le siège de *douleurs* lancinantes, en apparence intermittentes, revenant assez souvent *par accès*, d'autres fois continues, avec de violentes exacerbations. Parfois l'anus se contracte avec force par spasmes et se relâche bientôt après ; dans d'autres cas, il s'entr'ouvre au point d'amener une *garderobe involontaire*. Si, en même temps, la vessie n'est pas envahie dès le début, il ne tarde pas à se prendre, et les *signes rationnels de la pierre* sont promptement la conséquence de cette invasion : *besoins d'uriner* pressants, *douleurs vives* du côté de la vessie ; *urines* le plus souvent limpides, quelquefois glaireuses ou sanguinolentes, s'arrêtant parfois au milieu de l'excrétion pour repartir un instant plus abondamment augmentant par la fatigue ; *cathétérisme* ordinairement fort



douloureux, causant un sentiment de brûlure remarquable, mais calmé suite les douleurs comme par enchantement, dans certains cas.

La maladie étant caractérisée presque uniquement par les douleurs locales, il sera facile de la reconnaître aux caractères de ces douleurs, à leur développement par le cathétérisme chez certains malades, à la marche de l'écoulement par accès, à son développement fréquent pendant un état hémorrhoidal du rectum (Velpeau), et enfin à l'absence de lésion anatomique au niveau ou dans le voisinage de l'anus ou du col de la vessie. Ce ne sera qu'à l'attention, et seulement si l'on ignorait l'existence de cette névralgie, que l'on pourrait, en présence de ces symptômes, croire à l'existence d'une pierre dans la vessie et surtout tailler le malade, comme Velpeau pendant vu faire trois fois! De semblables erreurs de diagnostic sont plus déplorables que l'on doit regarder comme constante la terminaison de la névralgie par la guérison.

#### H. NÉURALGIE COCCYGIENNE.

J'ai décrit à l'article COCCYX cette névralgie, dénommée aussi *coccyodynie*, qui est aussi indépendante de la luxation du coccyx que de la névralgie ischio-anale dont il vient d'être question.

#### I. NÉURALGIE CRURALE.

Le nerf crural est très-rarement affecté isolément de névralgie, tant qu'il n'est au contraire assez souvent dans les cas de violente sciaticque. Les douleurs sont disséminées et circonscrites dans les lieux où le nerf devient superficiel et envoie des rameaux cutanés, dans l'aîne, à la partie interne de la cuisse, du genou, du pied. Comme troubles fonctionnels, on a noté de la sensibilité et des mouvements (Notta).

#### J. NÉURALGIE SCIATIQUE.

Cette névralgie, appelée *fémoro-poplitée* (Chaussier) ou simplement *sciaticque*, est anciennement connue. Mais son étude n'a acquis une précision que par les travaux plus modernes, et particulièrement par les recherches de Valleix.

La douleur spontanée, continue ou contusive, de la névralgie sciaticque est souvent très-pénible; elle occupe les foyers ou points douloureux d'où partent aussi des élancements plus ou moins fréquents, suivant le trajet du nerf. Le malade indique lui-même.

Lorsque la douleur est très-violente, les mouvements et la marche sont gênés, surtout au moment où le pied appuie par terre; parfois cependant la marche est facile et même soulagée au bout d'un certain temps. Ordinairement le membre ou seulement l'une de ses parties, le pied par exemple, est engourdi, comme si on le tenait sous le siège d'un engourdissement.

Les points douloureux sont : le point lombaire immédiatement au-dessus du sacrum; le point sacro-iliaque, au niveau de l'articulation du même nerf au-devant de l'épine iliaque postérieure et supérieure; le point iliaque vers le milieu de la crête de l'os des îles; le point fessier, au sommet de l'écaille sciaticque; le trochanterien, vers le bord postérieur du grand trochanter; le point fémoral supérieur, le fémoral moyen et le fémoral inférieur, dans le trajet du nerf le long de la cuisse; le point poplitée, le rotulien, sur le bord externe de la rotule; le point péronéo-tibial, vers l'articulation du péroné et du tibia; le point péroné, point important au niveau de l'endroit où le nerf contourne le péroné; le point léolaire, à la partie postérieure et inférieure de la malléole externe; le point du pied; et enfin le point plantaire externe, qui est assez rare. Ces différents points se retrouvent ordinairement en assez grand nombre, et plusieurs peuvent

par le malade lui-même; les plus fréquents sont ceux qui siègent vers l'union sacro-iliaque, le grand trochanter, le tète du péroné et la mal-

appelé particulièrement l'attention sur les lésions des *mouvements sensibilité*, en analysant les observations publiées et les siennes. Ces fonctionnelles sont loin d'être constantes. Ce sont : les *tremblements* ires que déterminent les accès; les *crampes*; la *faiblesse* ou la *semi-* du membre (Cotugno), et plus rarement la *paralysie complète des* du pied, dont Notta cite un fait, et dont j'ai observé aussi un exemple; l'*atrophie* du membre, due non-seulement à son immobilité, fait remarquer Notta, mais encore à une lésion de nutrition liée à mouvements. Cette atrophie peut être partielle et complète, comme ait pour les extenseurs dans le cas de paralysie que j'ai observé. Enfin n constatée au moment des accès, mais qui est le plus ordinairement te ou consécutive, c'est l'*anesthésie cutanée*, qui n'est pas générale, tée à certaines parties formant des espèces de plaques insensibles.

che de la névralgie sciatique présente ceci de particulier, que les re-iodiques et réguliers des accès sont plus rares que dans les autres af- lu même genre, quoiqu'elle offre les mêmes exacerbations irrégulières, variabilité de durée, et la même fréquence des récidives.

es éléments étiologiques qui peuvent éclairer le diagnostic, les mieux s sont le *décubitus sur la terre humide*, les *contusions* ou les *bles-* nerf, les *lésions de l'utérus*, les *tumeurs du bassin* (surtout dans les évr-algie sciatique rebelle), certains *kystes de l'ovaire*, la *grossesse*, s *tumeurs hémorrhoidales* ou même *fécales*, ainsi que Sandras en a xemple (*Union méd.*, 1851). On voit que la névralgie sciatique peut e ou symptomatique d'affections très-diverses.

nostic différentiel est d'une grande importance si l'on compare les cette névralgie à ceux de la coxalgie. — La *coxalgie*, en effet, peut er d'autant mieux pour une névralgie sciatique qu'il existe de part et es points douloureux à la pression, à la hanche, au genou, derrière la éroné, et des douleurs spontanées que la toux et la marche peuvent er en élancements jusque dans le pied. Mais dans la maladie de l'arti- la *pression du grand trochanter* détermine une douleur profonde et aggravée surtout quand on veut imprimer au membre des *mouvements* n et d'*extension de la cuisse* (Valleix); bientôt d'ailleurs la fièvre hec- e dépérissement rendent le diagnostic très-facile. — La paralysie in- du membre, qui s'observe dans certaines névralgies sciatiques, ne re confondue avec une autre espèce de paralysie, dont elle se distin- s points douloureux caractéristiques.

*matisme musculaire* siégeant sur le membre pelvien ne saurait être non plus avec la névralgie qui m'occupe, par les raisons que j'ai données t du diagnostic des névralgies en général.

et l'isolement de la douleur dans une branche ou un filet nerveux du peuvent donner à la névralgie un caractère particulier, qui en fait une la névralgie sciatique, mais non une névralgie distincte. Telle est celle née aux nerfs plantaires, et qui a été dénommée *névralgie plantaire* u *externe*.

complication de la névralgie sciatique, j'ai vu la paralysie complète les extenseurs du pied, avec atrophie, persister après bien des années malade dont j'ai parlé plus haut,

## K. NÉURALGIE GÉNÉRALE.

Cette affection, signalée par Valleix en 1847 (*Union méd.*), et dont l'un de ses élèves a fait le sujet de sa thèse (Leclerc, 1852), n'est pas seulement caractérisée par la multiplicité, sur le même sujet, des névralgies dont il a été précédemment question, mais encore par un ensemble d'autres phénomènes nerveux généraux très-remarquables.

Cette névralgie générale est très-importante à connaître si l'on veut éviter de la confondre avec des affections cérébrales beaucoup plus graves.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Les malades atteints de névralgie générale accusent des *douleurs dans plusieurs parties* ou dans toutes les parties du corps; et si, comme on doit le faire toutes les fois qu'il existe une douleur quelconque (*Voy. DOULEUR*), on recherche les points névralgiques, on découvre bientôt, partout où il y a souffrance spontanée, les points douloureux signalés comme caractéristiques des névralgies déjà décrites. Ces points douloureux sont plus ou moins nombreux, à la tête, sur le tronc, aux membres; ils sont parfois erratiques, pouvant disparaître ou se montrer dans un point, du jour au lendemain. Parfois il se joint à ces douleurs caractéristiques une *anesthésie partielle* de la peau, qui vient confirmer la nature névralgique des points douloureux.

Mais ce qui donne en même temps à cette affection un cachet à part, ce sont les autres *troubles nerveux généraux*, qui consistent en un *affaiblissement* de toutes les fonctions nerveuses de relation. La physionomie présente une expression de légère *hébétéude*, de *tristesse*, de *découragement*, et parfois d'*anxiété*; l'attitude générale exprime l'*abattement*; l'affaiblissement notable des membres rend la *marche* lente, vacillante et d'autant plus difficile que les membres ont pour siège de *tremblements* lorsque le malade en contracte les muscles; il ne peut faire de longues courses. Cet affaiblissement et ces tremblements, en rapport, suivant Valleix, avec l'intensité des douleurs, sont plus prononcés aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, ce que vous constatez si vous faites étendre horizontalement les membres thoraciques, et si, disant au malade de vous serrer la main. Les malades se plaignent surtout d'*étourdissements* et d'*éblouissements* qui doivent être rapportés à la maladie; en même temps il y a : une légère *torpeur intellectuelle*, se manifestant par la lenteur des réponses, qui sont d'ailleurs justes; un *affaiblissement de la vue* (amaurose) plus ou moins marqué; une *obtusion de l'ouïe*, parfois accompagnée de *bourdonnements d'oreille*, et plus rarement l'obtusion du *goût* ou de l'*odorat*. Il n'y a rien de particulier du côté des autres organes, ni aucune trace de *fièvre*.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques.* — Cet ensemble de symptômes nerveux remarquables qui caractérisent la névralgie générale peut être la source d'erreurs de diagnostic assez nombreuses. Ces symptômes ont, en effet, quelque ressemblance avec ceux de certaines *congestions cérébrales* chroniques, de la *paralysie générale*, du *delirium tremens*, de l'*intoxication saturnine*, du *tremblement mercuriel*, des *pertes séminales* involontaires, et de la *congestion de la moelle* (Leclerc).

Je ne rappellerai pas les signes qui, dans ces diverses affections, peuvent servir à les faire reconnaître et surtout les faire distinguer de la névralgie générale. L'existence des douleurs et des points douloureux névralgiques associée aux symptômes nerveux doit lever tous les doutes en pareil cas. Seulement il faut, pour être sûr de rechercher les points douloureux, ce que doit suggérer, ai-je dit déjà, l'existence seule de la douleur.

Le diagnostic est surtout difficile lorsque la névralgie, qui débute tantôt par les douleurs névralgiques, et tantôt par des troubles nerveux sans douleurs,



dernière marche. Cela se conçoit facilement, puisque les accidents ne sont nullement caractéristiques par eux-mêmes. La marche ultérieure de l'affection, qui est essentiellement chronique et sujette à des paroxysmes, ne donne pas de nouveaux symptômes, et la recherche des éléments étiologiques, ne doit pas manquer de mettre sur la voie. Parmi les causes plus ou moins probables, on a constaté une *habitation* humide, basse, mal aérée, une *alimentation* insuffisante, des *habitudes d'ivrognerie* (eau-de-vie), et enfin l'existence de des *miasmes paludéens*, que Fonssagrives a signalés, le premier, dans sa thèse de cause de névralgie générale, et qu'il a observée chez deux malades (Bull. méd., 1856).

*Prognostic.* — Il a été favorable dans tous les cas, ce qui justifie l'opinion qui s'était faite de cette maladie.

*Étiologie.* — Depuis que les travaux modernes ont bien fait connaître les causes, ce n'est qu'avec une extrême réserve qu'on doit admettre une névrite spontanée ou idiopathique, en dehors de toute cause traumatique. C'est une maladie d'ailleurs très-rare, et par suite encore peu connue, malgré les observations intéressantes de Martinet, de Cruveilhier, et de Ch. Dubreuilh (1845), résumées dans son Mémoire les travaux antérieurs. L'ophtalmoscope a permis de bien étudier la névrite au niveau de la rétine. Il ne sera pas question de la névrite particulière dans cet article où je ne m'occupe que des nerfs (Voy. RÉTINITE).

*Symptômes du diagnostic.* — A des *phénomènes fébriles*, tels que la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, les frissons irréguliers, la céphalalgie, les troubles digestifs, se joint une *douleur* qui est un caractère constant de

cette douleur spontanée, elle ressemble à celle de la névralgie, et constitue un sentiment de déchirement, d'engourdissement, ou bien des élancements sortant du nerf, même dans des points éloignés de la partie atteinte d'inflammation; il y a de plus une douleur qui est souvent continue, mais non constante, quant à la douleur provoquée, elle est constante à la pression, et ordinairement très-marquée. On a également signalé de l'*engourdissement*, un sentiment de *pesanteur*, de *cuisson*, de *fourmillements* dans le membre, une *paralysie* (Martinet), parfois une *rougeur* de la peau au niveau du nerf qui forme un *cordon* très-sensible et résistant au toucher.

*Signes diagnostiques.* — Parmi les éléments symptomatiques que je dois rappeler, aucun pris à part n'est caractéristique. Mais l'existence de la douleur avec une douleur vive, avec une rougeur, une dureté du tronc nerveux, et enfin l'existence d'une paralysie apparaissant rapidement, mais incomplète et rebelle, dans les régions qui correspondent à ce nerf, sont un ensemble des plus probants. La *marche* continue de l'affection, les exacerbations variables de la douleur, sa durée de quelques jours à quelques mois, et surtout la connaissance des causes directes qui ont pu produire la maladie, sont autant de données qui confirment ou qui élucident son diagnostic. Parmi les causes, je dois rappeler les *contusions* violentes, les piqures, les *déchirements* et toutes les *plaies* des nerfs, l'application d'un cautère (Frère), et la compression du plexus sciatique par la tête du fœtus au moment de l'accouchement.

*Complications.* — La confusion de la névrite avec la névralgie, l'artérite ou les oblitérations veineuses est possible aujourd'hui. — Dans la *névralgie*, il n'y a pas de fièvre; dans la *névrite*, parfois très-vive aussi, n'est pas continue, elle présente des moments d'exacerbation marqués, et elle augmente à la pression avec l'extrême

rescence adipeuse des fibres musculaires de cet organe (*Voy. TRANSFORMATION GRAISSEUSE*).

**OBLITÉRATIONS.** — Les conduits excréteurs des organes creux, ou organes qui ont une forme canaliculée, sont susceptibles d'oblitération pathologique par compression extérieure ou par obturation de leur vide intérieur. Les symptômes de ces oblitérations varient suivant les organes. Le seul fait le plus général à rappeler est l'arrêt et l'accumulation, en amont de l'obstacle oblitérant, des liquides ou des matières qui circulent habituellement dans ces organes. Cette accumulation, qui est souvent la manifestation clinique la plus apparente de l'oblitération, a dû être examinée à part (*Voy. RÉTENTIONS*). Il en est de même des oblitérations ou plutôt des OCCLUSIONS INTESTINALES ; je n'ai donc m'occuper dans cet article que des oblitérations des vaisseaux, qui méritent par leur importance un examen particulier.

#### Oblitérations vasculaires.

Elles doivent être examinées dans les artères ou dans les veines, pour qu'on en saisisse plus facilement les signes distinctifs. Pour plus de clarté, je m'occuperai des oblitérations complètes, en indiquant les différences souvent légères que présentent les simples rétrécissements vasculaires, qui ne sont que des oblitérations incomplètes.

La lésion qui interrompt le cours du sang dans les vaisseaux consiste tantôt en une *compression* qui en accole plus ou moins les parois, et tantôt en une *obturation* résultant d'une altération organique, d'une coagulation sanguine ou d'une embolie.

Ces oblitérations vasculaires sont en général très-graves. Mais la gravité immédiate en est variable suivant la lenteur ou la rapidité avec laquelle s'opère l'oblitération. Dans le cas de lenteur, en effet, la circulation veineuse collatérale a le temps de prendre graduellement un développement qui remédie en partie aux inconvénients de l'oblitération d'un tronc veineux principal, et elle facilite le retour du sang vers le cœur. Il peut arriver même que les effets de l'oblitération soient complètement contre-balancés par la circulation collatérale ; mais ce n'est là des faits exceptionnels. Si l'oblitération est rapide au contraire, comme dans les cas d'embolie ou de coagulation sanguine dans les vaisseaux, on voit survenir les accidents les plus graves. Le pronostic se trouve encore aggravé par l'affection principale qui est l'origine de l'oblitération vasculaire.

Les oblitérations vasculaires ont lieu dans les artères ou dans les veines.

#### A. OBLITÉRATIONS ARTÉRIELLES.

A. — *Tronc aortique.* — On doit à Barth d'importantes recherches sur les oblitérations de l'aorte (*Thèse, 1837; Presse médicale, 1837, t. I*). La plupart des auteurs lui ont emprunté leurs descriptions.

Quoique les lésions de ce genre n'aient encore pu être reconnues pendant la vie, on doit chercher à en formuler le diagnostic, d'après les faits observés. Cela est impossible si l'oblitération occupe les parties supérieures de l'aorte où elle coïncide souvent avec un anévrisme de cette artère ou avec une affection du cœur ; mais la difficulté paraît moins grande si l'oblitération occupe l'aorte ventrale.

Parmi les signes observés dans ce dernier cas, il en est de peu probants comme une douleur vers la partie où siège l'oblitération, un engourdissement des deux membres inférieurs, rendant la progression difficile, des fourmillements, des élancements. Mais s'il s'y joignait un sentiment de froid dans les mêmes parties, quelquefois des taches rouges livides, indices de gangrène commençante, une exagération des battements et un volume plus considé-

que le sujet cherche parfois à dissimuler, il survient bientôt de la *fatigue*, de l'*abattement*, du *découragement*, des *troubles digestifs*, des *oniriques*, de l'*affaiblissement intellectuel*, et un *dépérissement* plus ou moins rapide, qui peut se terminer par le *marasme* et par la *mort*, si le malade n'a pas l'espoir de retourner dans son pays. Parfois il y a *tendance à la mélancolie*.

La *névrose* peut être méconnue lorsque le malade dissimule d'abord ce qu'il ressent. Mais dès que l'on soupçonne l'affection, il est facile de provoquer des crises et de constater l'existence de cette névrose, surtout si l'on ne trouve dans les organes aucun signe de lésion grave pouvant expliquer le *dépérissement* du sujet. Le retour à la santé sous l'influence de l'espoir qu'on donne au malade peut eut venir justifier le diagnostic.

La *névrose*, assez fréquemment observée dans les régiments, se reconnaît par un signe précieux, qui a été signalé, que le vrai nostalgique cherche à se distraire ou à cacher son chagrin, tandis que l'imposteur l'accuse à tout moment d'exagération.

**HALOPIE.** — Voy. HÉMÉRALOPIE, p. 474.

**PHOMANIE.** — Le désir immodéré du coït qui, chez la femme, constitue un trouble cérébral analogue au satyriasis chez l'homme, et qui est dénommé nymphomanie, est une véritable manifestation de la folie, dans laquelle la femme perdant toute pudeur, provoque tous les hommes, et dans ce but se livre fréquemment à la masturbation. Cette aberration intellectuelle peut exister isolément ou parfois il se manifeste de la fureur ou d'autres troubles cérébraux. — On dit que la nymphomanie est quelquefois entretenue par un développement exagéré du clitoris, et, suivant les auteurs, par une affection dartreuse, des plaies, une cystite, etc.; mais il faudrait distinguer, chez la femme, la nymphomanie véritable ayant son point de départ dans l'encéphale, de cette nymphomanie rebelle des organes génitaux qui résulte d'une irritation ou lésion locale, de même que, chez l'homme, on distingue le satyriasis du simple coït excessif.

**OBESITÉ.** — Il résulte de l'obésité exagérée ou *polysarcie*, tantôt des accidents extérieurs qui proviennent du contact prolongé réciproque ou du frottement des surfaces cutanées ou muqueuses, comme l'érythème particulier qu'on appelle le nom d'*intertrigo*, comme l'*herpès de la vulve*, et tantôt des troubles plus graves caractérisés principalement par la gêne mécanique des fonctions des organes. Cette gêne est surtout sensible au niveau des organes de la circulation, de la circulation et de la respiration. Mais, selon Quain (*Vir. transact.*, 1850), des troubles cardiaques graves peuvent résulter, principalement de l'infiltration graisseuse du cœur, mais encore de la dégéné-

rescence adipeuse des fibres musculaires de cet organe (*Voy. TRANSFORMATION GRAISSEUSE*).

**OBLITÉRATIONS.** — Les conduits excréteurs des organes creux, ou les organes qui ont une forme canaliculée, sont susceptibles d'oblitération pathologique par compression extérieure ou par obturation de leur vide intérieur. Les symptômes de ces oblitérations varient suivant les organes. Le seul fait le plus général à rappeler est l'arrêt et l'accumulation, en amont de l'obstacle oblitérant, des liquides ou des matières qui circulent habituellement dans ces organes. Cette accumulation, qui est souvent la manifestation clinique la plus apparente de l'oblitération, a dû être examinée à part (*Voy. RÉTENTIONS*). Il en est de même des oblitérations ou plutôt des *OCCLUSIONS INTESTINALES*; je n'ai donc m'occuper dans cet article que des oblitérations des vaisseaux, qui méritent par leur importance un examen particulier.

#### Oblitérations vasculaires.

Elles doivent être examinées dans les artères ou dans les veines, pour qu'on en saisisse plus facilement les signes distinctifs. Pour plus de clarté, je m'occuperai des oblitérations complètes, en indiquant les différences souvent légères que présentent les simples rétrécissements vasculaires, qui ne sont que des oblitérations incomplètes.

La lésion qui interrompt le cours du sang dans les vaisseaux consiste tantôt en une *compression* qui en accole plus ou moins les parois, et tantôt en une *obturation* résultant d'une altération organique, d'une coagulation sanguine, ou d'une embolie.

Ces oblitérations vasculaires sont en général très-graves. Mais la gravité immédiate en est variable suivant la lenteur ou la rapidité avec laquelle s'opère l'oblitération. Dans le cas de lenteur, en effet, la circulation veineuse collatérale a le temps de prendre graduellement un développement qui remédie en partie aux inconvénients de l'oblitération d'un tronc veineux principal, et elle facilite le retour du sang vers le cœur. Il peut arriver même que les effets de l'oblitération soient complètement contre-balancés par la circulation collatérale; mais ce sont là des faits exceptionnels. Si l'oblitération est rapide au contraire, comme dans les cas d'embolie ou de coagulation sanguine dans les vaisseaux, on voit survenir les accidents les plus graves. Le pronostic se trouve encore aggravé par l'affection principale qui est l'origine de l'oblitération vasculaire.

Les oblitérations vasculaires ont lieu dans les artères ou dans les veines.

#### A. OBLITÉRATIONS ARTÉRIELLES.

A. — *Tronc aortique.* — On doit à Barth d'importantes recherches sur les oblitérations de l'aorte (*Thèse, 1837; Presse médicale, 1837, t. I*). La plupart des auteurs lui ont emprunté leurs descriptions.

Quoique les lésions de ce genre n'aient encore pu être reconnues pendant la vie, on doit chercher à en formuler le diagnostic, d'après les faits observés. Cela est impossible si l'oblitération occupe les parties supérieures de l'aorte, où elle coïncide souvent avec un anévrysme de cette artère ou avec une affection du cœur; mais la difficulté paraît moins grande si l'oblitération occupe l'aorte ventrale.

Parmi les signes observés dans ce dernier cas, il en est de peu probants, comme une douleur vers la partie où siège l'oblitération, un engourdissement des deux membres inférieurs, rendant la progression difficile, des fourmillements, des élancements. Mais s'il s'y joignait un sentiment de froid dans les mêmes parties, quelquefois des taches rouges livides, indices de gangrène commençante, une exagération des battements et un volume plus considé-

cause (Voy. TUMEURS intra-thoraciques, et ANÉVRYSMES, p. 65). L'absence des symptômes qui occupent la moitié supérieure du corps est souvent au diagnostic. Toutefois l'absence de certains de ces symptômes donnera quelque embarras au praticien, qui devra se baser sur les données diagnostiques. J'ai observé un cas, rapporté dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, et dans lequel, l'œdème faisant défaut (sans doute par tablissement partiel de la circulation veineuse par des voies collatérales), la cyanose aurait pu être prise pour un symptôme de maladie des gros vaisseaux du cœur; mais la matité étendue hors de la région précordiale, l'absence d'anévrysme aortique, dut faire penser à une tumeur intra-thoracique d'une autre nature, ce que justifia l'autopsie. — La cyanose a aussi fait défaut dans des cas exceptionnels. L'œdème pourrait alors faire penser à une oblitération de la veine cave supérieure si les veines n'étaient pas dilatées, si enfin il existait de l'albumine dans les urines; mais l'œdème sera la véritable cause, l'oblitération de la veine cave supérieure, si les membres inférieurs ne sont pas œdématisés et si l'on trouve dans la poitrine les signes d'un anévrysme aortique ou d'une tumeur d'une autre nature.

Il est une affection de la veine cave supérieure qui s'accompagne de tous les signes de son oblitération, sans que celle-ci soit réelle, et qui peut se faire passer en imposant pour cette lésion, qu'il existe en même temps une tumeur anévrysmale de l'aorte; je veux parler de l'anévrysme *variqueux* de la veine cave supérieure. Toutefois, si l'on tient compte de la présence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, de l'invasion subite des membres inférieurs, des progrès plus rapides de l'œdème et des autres symptômes, surtout du *bruit anormal* continu avec redoublement que l'auscultation fera constater au niveau de la lésion variqueuse (Voy. p. 75), il sera facile de déterminer la cause des symptômes observés.

La question étant constatée, il s'agit ensuite de préciser la lésion qui la produira. On cherchera dans l'existence d'un *anévrisme de la crosse de l'aorte* ou d'une *tumeur intra-thoracique* agissant par compression ou par absorption de la veine (tumeur encéphaloïde); plus rarement on aura affaire à une *phlébite sanguine*. — La première difficulté du diagnostic, sauf dans les cas d'anévrysme, est de déterminer l'existence d'une tumeur et sa nature (Voy. TUMEURS). Comment, par exemple, reconnaître l'existence de ganglions tuberculeux, volumineux, comprimant la veine cave supérieure et produisant son oblitération? Évidemment ce ne peut être que par voie indirecte, en même temps qu'il existera des signes évidents de tubercules. On pourra alors constater des faits analogues que Barthéz et Rilliet ont rattaché à l'œdème du cou, comme signe, à la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants. — Une dernière question plus épineuse encore se présente : peut-elle occuper la veine cave supérieure, et être rangée au nombre de celles qui entraînent son oblitération? Oulmont la signale comme cause, et dit qu'elle fut méconnue pendant la vie, dans un cas où une matité au-dessus du cœur due à un *amas adipeux* avait fait croire à un anévrysme aortique. Il est évident qu'il peut se présenter des conditions inattendues qui rendent, dans des cas exceptionnels, le diagnostic impossible.

**OCCLUSION INTESTINALE.** — Voy. OCCLUSIONS.

**OCCLUSION INTESTINALE (Région).** — Voy. TÊTE.

**OCCLUSIONS INTESTINALES.** — Si l'on a reproché aux anciens de ne pas comprendre sous le nom d'*iléus* tous les obstacles au cours des occlusions intestinales, et cela avec raison, puisqu'ils ne distinguaient pas suffi-



ques heures; sa durée a été au plus de deux jours, dans des cas exceptionnels.

La cause de la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire a été longtemps méconnue. Depuis les belles expériences de Virchow sur les corps migrants dans les veines, il est établi par l'observation que la plupart des obturations de l'artère pulmonaire sont dues à l'arrêt, dans cette artère, d'un caillot détaché d'une coagulation sanguine occupant une veine plus ou moins éloignée, d'EMBOLE VEINEUSE en un mot. C'est ce qui fait que la mort subite est à craindre dans la *phlegmatia alba dolens*, comme Charcot et Ball en ont rapporté un exemple. Toutefois l'embolie n'est pas la seule cause de l'oblitération qui n'empêche. Elle peut aussi résulter de la formation de caillots *in situ* (appelés *thromboses* par Virchow) et qui sont dus à une lésion de l'artère pulmonaire ou bien à une affection des poumons. L'oblitération de l'artère est incomplète lorsqu'elle est affectée de rétrécissement organique. Louis a signalé depuis longtemps ce rétrécissement de l'artère pulmonaire comme cause principale de la *dyspnée extrême* éprouvée par les malades qui présentent une communication morbide des cavités droites et gauches du cœur (*Mém. anat. pathol.*, Paris, 1826).

#### B. OBLITÉRATIONS DES VEINES.

La plupart de ces oblitérations sont produites par des tumeurs qui les compriment ou qui les détruisent en s'incorporant leurs tissus altérés, ou bien par des coagulations sanguines sur la production desquelles la phlébite n'a pas, comme on le pensait d'abord, une influence exclusive. Ces coagulations spontanées ont lieu plus fréquemment par suite d'une altération du sang, principalement dans des maladies cachectiques, comme le cancer, la tuberculisation avancée, etc. Elles ne sont pas rares dans l'état puerpéral sous la dénomination de *PHLEGMATIA ALBA DOLENS*.

Ainsi que Bouillaud l'a démontré le premier, ces oblitérations veineuses ont pour symptôme principal l'*œdème*, avec ou sans marbrures violacées dans les parties où les ramifications de la veine obturée ont leur origine. C'est donc l'*ŒDÈME* qui est en pareil cas le point de départ du diagnostic. Mais il existe des oblitérations qui produisent d'autres symptômes en raison des organes qui sont en rapport avec certaines veines. Telles sont les oblitérations de la *veine portale* (dont il sera question à l'article *PHLÉBITE*), celle de la *veine sous-clavière gauche* observée par J. Worms dans un cas d'inflammation du canal thoracique, et qui s'accompagna d'une distension des veines du membre supérieur gauche; telle est enfin l'oblitération de la *veine cave supérieure*, dont il va être question.

*Oblitération de la veine cave supérieure.* — Cette affection était déjà connue et diagnostiquée assez facilement, sans avoir été suffisamment étudiée, lorsque Oulmont, dans un intéressant travail (*Mém. de la Soc. d'obs.*, t. III), en a réuni une vingtaine de faits, dans lesquels l'uniformité presque complète des symptômes est venue donner aux signes de l'affection une précision plus grande.

Ces symptômes sont les suivants : *œdème* de la face étendu à la partie supérieure du tronc et aux bras, et s'arrêtant à la hauteur de la région ombilicale; teinte *cyanosée* de ces mêmes parties, ainsi que des muqueuses buccale et oculaire; *dilatation des veines* de la face, du cou, de la poitrine, des membres supérieurs et quelquefois de l'abdomen; tendance prononcée aux *congestions* et aux *hémorrhagies* dans la partie supérieure du corps; *épanchement séreux* dans les cavités pleurales et péricardique. A ces signes se joignent ordinairement ceux d'une tumeur habituellement anévrysmale



cancéreuse (Voy. TUMEURS intra-thoraciques, et ANÉVRYSMES, p. 65). La limitation des symptômes qui occupent la moitié supérieure du corps sera puissamment au diagnostic. Toutefois l'absence de certains de ces symptômes pourra donner quelque embarras au praticien, qui devra se baser sur l'ensemble des données diagnostiques. J'ai observé un cas, rapporté dans le mémoire de Oulmont, et dans lequel, l'œdème faisant défaut (sans doute par suite du rétablissement partiel de la circulation veineuse par des voies collatérales), la cyanose aurait pu être prise pour un symptôme de maladie des gros vaisseaux ou du cœur; mais la matité étendue hors de la région précordiale, les signes d'anévrysme aortique, dut faire penser à une tumeur intra-thoracique d'une autre nature, ce que justifia l'autopsie. — La cyanose a aussi fait défaut dans des cas exceptionnels. L'œdème pourrait alors faire penser à une maladie de Bright si l'oblitération était récente, si les veines n'étaient pas dilatées, et si enfin il existait de l'albumine dans les urines; mais l'œdème sera rattaché à sa véritable cause, l'oblitération de la veine cave supérieure, si les membres inférieurs ne sont pas œdématisés et si l'on trouve dans la poitrine les signes d'un anévrysme aortique ou d'une tumeur d'une autre nature.

Enfin il est une affection de la veine cave supérieure qui s'accompagne de tous les signes de son oblitération, sans que celle-ci soit réelle, et qui peut tant plus en imposer pour cette lésion, qu'il existe en même temps une tumeur anévrysmale de l'aorte; je veux parler de l'anévrysme *variqueux* de l'orte et de la veine cave supérieure. Toutefois, si l'on tient compte de la coexistence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, de l'invasion subite des ganglions secondaires, des progrès plus rapides de l'œdème et des autres symptômes, et surtout du *bruit anormal* continu avec redoublement que l'auscultation peut faire constater au niveau de la lésion variqueuse (Voy. p. 75), il sera facile de déterminer la cause des symptômes observés.

L'oblitération étant constatée, il s'agit ensuite de préciser la lésion qui la produit. On la cherchera dans l'existence d'un *anévrysme de la crosse de l'aorte* d'une *tumeur intra-thoracique* agissant par compression ou par absorption et destruction de la veine (tumeur encéphaloïde); plus rarement on aura affaire à une *coagulation sanguine*. — La première difficulté du diagnostic, sauf dans certains cas d'anévrysme, est de déterminer l'existence d'une tumeur et surtout sa nature (Voy. TUMEURS). Comment, par exemple, reconnaître l'existence de ganglions tuberculeux, volumineux, comprimant la veine cave supérieure et produisant son oblitération? Évidemment ce ne peut être que par voie d'exclusion, en même temps qu'il existera des signes évidents de tubercules. Mais sans doute dans des faits analogues que Barthéz et Rilliet ont rattaché l'œdème de la face, comme signe, à la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants. — Une dernière question plus épineuse encore se présente : la phlébite peut-elle occuper la veine cave supérieure, et être rangée au nombre des lésions qui entraînent son oblitération? Oulmont la signale comme cause, rappelant qu'elle fut méconnue pendant la vie, dans un cas où une matité persistante due à un *amas adipeux* avait fait croire à un anévrysme aortique. On voit qu'il peut se présenter des conditions inattendues qui rendent, dans certains cas exceptionnels, le diagnostic impossible.

**OBSTRUCTION INTESTINALE.** — Voy. OCCCLUSIONS.

**OCCIPITALE** (Région). — Voy. TÊTE.

**OCCCLUSIONS INTESTINALES.** — Si l'on a reproché aux anciens auteurs de comprendre sous le nom d'*iléus* tous les obstacles au cours des maladies intestinales, et cela avec raison, puisqu'ils ne distinguaient pas suffi-

samment les diverses conditions pathologiques de l'obstacle, on doit cependant reconnaître qu'ils plaçaient la question à un point de vue essentiellement pratique. En présence du malade, en effet, que constate-t-on d'abord? Qu'il y a un obstacle au cours des matières intestinales. Que s'agit-il ensuite de déterminer? La cause de cet obstacle. Au point de vue du diagnostic, on doit donc prendre le même point de départ que les anciens. Seulement, grâce à l'anatomie pathologique, nous pouvons remonter des symptômes à la détermination de la lésion dans un assez grand nombre de cas, ce qu'ils ne pouvaient faire. Il arrive sans doute trop fréquemment encore que ce diagnostic anatomique est incertain; mais au moins on connaît les causes de cette incertitude, et c'est toujours un progrès qui en prépare un plus complet.

Dans un *Mémoire sur l'anatomie pathologique des étranglements internes* (1860), Duchaussoy a résumé l'état de la science. On doit aussi à notre collègue Besnier un intéressant travail sur les *étranglements internes*, couronné par l'Académie de médecine (1859), mais ne comprenant pas les occlusions par le contenu de l'intestin.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes de l'occlusion intestinale envisagés d'une manière générale, et dans les cas les plus graves, sont les suivants : *douleur* ordinairement vive, souvent *subite*, dans les intestins; *distension* de l'abdomen, *météorisme*, *vive anxiété*, *hoquet*, *nausées*, *vomissements bilieux* d'abord, puis formés de *matières fécales*, *selles rares ou nulles*. Si les accidents persistent, la *face* s'altère et devient très-anxieuse, les yeux s'enfoncent dans les orbites, le *pouls* s'amoindrit jusqu'à devenir insensible, un *refroidissement* graduel survient en même temps, et la mort termine ces accidents, dont la durée est variable, mais le plus souvent courte, et qui sont parfois irrégulièrement intermittents lorsqu'ils se dissipent, jusqu'à ce qu'une dernière attaque plus grave emporte le malade. — Indépendamment de ces symptômes, l'*exploration du ventre* fournit des signes importants que je rappellerai plus loin avec d'autres données diagnostiques qui complètent celles qui précèdent.

2° *Inductions diagnostiques.* — L'ensemble de symptômes que je viens d'exposer représente les cas extrêmes, et il ne faut pas perdre de vue que ces symptômes peuvent offrir, sous le rapport de l'intensité ou du nombre, des variations embarrassantes pour le praticien, appelé d'abord à décider s'il y a ou non occlusion de l'intestin.

Toutefois, parmi ces symptômes, il en est trois dont la réunion est caractéristique; ce sont les *douleurs* de ventre, son ballonnement ou *météorisme*, et les *vomissements* de matières gastro-intestinales. Dans certains cas, il s'y joint une *tumeur* abdominale qui a aussi son importance. Isolé, chacun de ces phénomènes n'a plus la même signification. Les vomissements contenant des matières fécales sont d'une très-grande valeur comme signe d'occlusion intestinale; mais ces vomissements ne sont pas pathognomoniques, car ils peuvent résulter d'une communication anormale du gros intestin avec une des parties supérieures du tube digestif, par suite d'une affection ulcéreuse ou cancéreuse, comme on en a vu des exemples. D'ailleurs, les vomissements stercoraux peuvent manquer, et les matières être simplement bilieuses dans des étranglements complets, ainsi que Rokitanski et d'autres observateurs l'ont constaté. Ce n'est donc que dans de certaines limites, et en faisant la part des faits exceptionnels que le vomissement des matières fécales sera un symptôme caractéristique.

L'invasion plus ou moins subite des accidents, leur marche rapide, leur durée ordinairement courte (d'un ou de plusieurs jours, et au plus de deux semaines environ, sauf dans des cas exceptionnels), leurs antécédents, leur cause ou

nelle apparente, sont d'autres données précieuses de diagnostic. Mais je les laisserai mieux à leur place en traitant la question de la *condition anatomique* et du *siège* de l'occlusion de l'intestin, que l'on doit chercher à déterminer, dès que l'on pense que l'occlusion a lieu. Nous trouvons à cet égard dans l'ouvrage de Besnier une analyse intéressante des faits connus que je vais mettre brièvement, en complétant la question.

— *Condition organique de l'occlusion.* — La détermination de la condition anatomique de l'occlusion intestinale est une question très complexe. Pour le prouver, il suffit de rappeler les différentes lésions qui déterminent les occlusions, et qui peuvent se trouver, comme l'a fait remarquer Maissonne : 1° *en dehors de l'intestin* ; 2° *au niveau de l'intestin lui-même* ; 3° *dans l'intérieur.* — Aux premières conditions se rapportent les étranglements proprement dits, et qui sont produits : tantôt par des *brides cellulo-fibreuses* résultant d'adhérences de l'*appendice vermiculaire* ou d'un *diverticule* de l'intestin, sous lesquelles s'engage une anse intestinale ; tantôt par des *ouvertures accidentelles* du mésentère, de l'épiploon, du diaphragme, par l'hiatus Winslow, par où pénètre et s'étrangle l'intestin ; tantôt enfin par des *tumeurs* de ces organes très-augmentés de volume, comme la rate, qui étreignent ou compriment l'intestin. — Les conditions organiques qui occupent l'intestin lui-même sont : l'*imperforation* congénitale de l'anus, l'*absence du rectum* chez le nouveau-né, des *tumeurs* qui ont envahi le tissu de l'intestin au point d'en réduire presque entièrement la capacité, des *rétrécissements* ou des *brides fibreuses* d'ulcérations internes, qui ont considérablement diminué son calibre ; des *simples torsions* de l'intestin sur lui-même ; des *flexions forcées* d'une anse intestinale maintenue adhérente dans la profondeur du bassin (Cossy, *Ann. de la Soc. d'observ.*, t. III) ; des *invaginations.* — Enfin l'occlusion intestinale du contenu de l'intestin est le résultat d'une accumulation de *matières fécales* ou de *corps étrangers* non susceptibles d'assimilation, tels que des os ou des pépins de fruits, des concrétions intestinales, et même des pelotes de lombrics (*Union méd.*, 1856). L'action de ces dernières causes est précédée par un rétrécissement déjà existant de l'intestin.

Cette multiplicité de causes organiques qu'il faut connaître, oblige d'autant à procéder avec méthode pour arriver à la détermination cherchée que, souvent, l'investigation la plus minutieuse ne permet d'obtenir que des probabilités. Ce sont moins les signes généraux de l'occlusion qu'il faut utiliser, mais les données relatives à l'état du ventre, au début, aux antécédents, en un mot l'ensemble des particularités symptomatiques de l'affection.

En somme, on a cherché à distinguer l'expression symptomatique des différentes occlusions intestinales, en se basant sur le plus ou le moins de fréquence des symptômes suivant les espèces. Mais au lit du malade, les seules données utiles sont les particularités cliniques propres à des catégories de lésions, sinon à des espèces. Ainsi envisagées, les occlusions à déterminer anatomiquement doivent, à mon avis, former quatre groupes, parmi lesquels on choisira à quelle espèce on peut avoir affaire. Ces groupes sont :

- 1° *obstructions* ;
- 2° *invaginations* ;
- 3° *rétrécissements* ;
- 4° *étranglements.*

Dans soixante cas d'occlusion intestinale qu'il a recueillis dans les travaux de M. Coutagne, on a compté trente-quatre faits d'étranglements par tumeurs, dix, etc., six étranglements internes, dix rétrécissements, et dix invagina-

pation; si enfin cette tumeur cède à l'emploi d'un *purgatif énergique*, disparaître avec les autres accidents du jour au lendemain, il s'agit d'une occlusion par accumulation des matières fécales.

Le diagnostic de l'obstruction produite par d'autres corps que les calculs est beaucoup plus difficile, parce que d'abord il n'est pas si facile de reconnaître la présence dans l'intestin d'un corps étranger, comme un calcul (Voy. CALCULS), lorsqu'ils ne forment pas une tumeur volumineuse, l'exploration abdominale ou rectale, et parce que, même lorsqu'elle existe, il est le plus souvent impossible de constater sa nature. La présence d'un calcul intestinal dans le rectum, au voisinage du sphincter, peut expliquer les accidents d'occlusion et en démontrer la nature exceptionnels. L'accumulation des noyaux de cerises vers le cœcum, l'a observé, ne pourrait-elle pas donner lieu à la sensation de collision ?

b. — *Invaginations*. — L'occlusion intestinale due à cette cause se caractérise par des signes particuliers : d'abord une tumeur limitée ou étendue, douloureuse à la percussion, sans dureté squirrheuse, plutôt molle, ordinairement inégale, parfois mobile, et dont la rénitence contraste beaucoup dans certains cas, avec le *vide* qu'elle produit, dans une autre partie du ventre. On trouve l'invagination en quittant cette région. De plus, le toucher rectal sent une anse invaginée faisant saillie dans le rectum, et donnant lieu à des hémorrhagies sanguinolentes, dont la coïncidence avec les signes de l'occlusion intestinale est considérée comme pathognomonique chez les jeunes enfants (Rilliet). Enfin plus rarement l'intestin invaginé peut se détacher et être expulsé par le rectum. Cette expulsion est précédée ordinairement de vomissements, de saignements, suivie toujours d'une hémorrhagie intestinale. Plus tard, après la guérison, de tiraillements douloureux, de redressement du tronc (Gaultier de Claubry). Le rejet par l'anus

chez les adultes. — Dans la première enfance, Rilliet, qui a lent travail sur l'invagination des enfants (*Gaz. des hôpit.*, 1852), omissements bilieux incessants et des petites selles muqueuses ou une véritable entérorrhagie, sans autres signes abdominaux, symptômes en quelque sorte pathognomoniques, auxquels se joignent de la face, de la faiblesse, de la fièvre, de l'anxiété, des crises, de l'assoupissement ou de l'éclampsie. Dans la seconde enfance, les omissements sont souvent stercoraux, le ballonnement du ventre, la tumeur rare, la constipation habituelle; les douleurs abdominales, la fièvre est intense. L'apparence de la maladie est périodique. Les données ont une grande importance pour le diagnostic, l'entérorrhagie, qui a donné plusieurs fois lieu à des erreurs de diagnostic, dans des circonstances où elle était presque le seul symptôme. L'invagination est un phénomène temporaire qui se produit fréquemment chez les enfants, sans aucun trouble dans la santé, comme l'ont attesté des autopsies, et que, dans l'invagination maladie, c'est presque le gros intestin qui en est le siège dans l'enfance; qu'on l'observe souvent dans le cours de la première année, et que c'est une maladie primitive et due, dans certains cas, à une cause accidentelle, un coup sur le ventre, à des secousses imprimées aux enfants en les

importance des signes plus ou moins caractéristiques que je viens de vous présenter. Il se présente malheureusement des faits assez fréquents dans les phénomènes les plus probants de l'invagination sont incomplets ou il y a d'autres, ce qui rend le diagnostic fort indécis. Quand les phénomènes sont probants au contraire, on peut être en présence d'un fait d'un autre genre. J'ai sous les yeux à Lariboisière une femme qui avait tous les signes d'une occlusion intestinale très-grave, avec un écoulement prononcé, matité occupant la fosse iliaque droite jusqu'à l'hypomètre même côté et jusqu'à l'hypogastre, vomissements incessants, non seulement constipation opiniâtre, le tout n'étant pas survenu subitement. Je n'ai pas d'invagination; mais des douches ascendantes et des lavements purgatifs ont gardé des garde-robes abondantes, qui firent disparaître la matité et le météorisme; alors une tumeur solide, jusqu'alors latente, fut sentie dans la profondeur de la fosse iliaque gauche. Il en résultait une constipation habituelle depuis assez longtemps (sans doute par compression de la tumeur), et les accidents récents d'occlusion avaient été produits par une accumulation fécale du gros intestin.

Rétrécissements. — Je range ici les lésions intestinales qui ont pour effet la diminution plus ou moins considérable du calibre de l'intestin. Il n'y a pas à avoir de doutes sur cette cause de l'occlusion lorsque le toucher rectal permet de constater une tumeur cancéreuse ou syphilitique occupant le gros intestin, ou, chez le nouveau-né, une oblitération complète du rectum. En l'absence de cette constatation directe, on ne peut soupçonner, par les antécédents, l'existence d'un rétrécissement, d'une tumeur cancéreuse de l'intestin, soit par des brides cicatricielles existantes (Voy. RÉTRÉCISSEMENTS). Il a précédemment existé alors des symptômes, de la dyspepsie, des alternatives de constipation et de diarrhée, ou une autre particularité très-utile à noter dans cet ordre de causes intestinales, c'est que l'obstruction stercorale (quand le rétrécissement n'est pas encore très-prononcé) vient d'abord donner lieu à des accidents

temporaires qui cèdent à un purgatif énergique, avant que les accidents viennent plus tard définitivement mortels.

On a observé des faits impossibles à diagnostiquer en tant que rétrécissements, dans lesquels les antécédents ne révélaient en apparence qu'une pation modérée, sans les alternatives de diarrhée qui caractérisent les rétrécissements intestinaux. J'en ai vu à l'hôpital Lariboisière un exemple bien remarquable, chez une femme qui succomba à une occlusion due à un rétrécissement considérable de la fin de l'S iliaque, sur plusieurs centimètres de l'intestin, sans cicatrice ni autre altération anatomique apparente.

d. — *Etranglements*. — Je rapporte aux étranglements toutes les occlusions dans lesquelles une portion de l'intestin, ordinairement saine, est soumise à une compression forcée qui y suspend complètement le cours des matières. C'est ce qui a lieu pour la compression du tube digestif par une tumeur de l'intestin, par la torsion de l'intestin sur lui-même, par sa flexion anormale ou par le fait de la hernie intra-abdominale d'une anse d'intestin sous le diaphragme ou à travers des ouvertures accidentelles. Cet étranglement par des brides péritonéales résultant d'ancienne péritonite est une cause générale et fréquente d'étranglement intestinal. La péritonite, qui peut se développer pendant la vie du fœtus, peut produire de ces étranglements. Dans un fait remarquable rapporté par Druitt (*Medical times and gaz.*, 1860), l'étranglement avait été dû à la section de l'intestin, dont les deux bouts s'étaient cicatrisés en cul-de-sac, qui fit succomber l'enfant peu après sa naissance, lorsque le tube intestinal commençait à remplir ses fonctions.

L'occlusion par compression d'une tumeur est la plus facile à reconnaître, si la tumeur est appréciable à l'exploration, comme on l'a vu pour la tumeur augmentée de volume ou par une tumeur que le toucher digital peut sentir dans le voisinage du rectum. La tumeur qui agit par compression tantôt agit sur l'intestin par ses progrès, et tantôt agit en produisant une obstruction intestinale plus ou moins grave, comme dans le fait que j'ai rapporté plus haut. L'occlusion par torsion de l'intestin ou par le fait d'une hernie sous le diaphragme péritonéales, sous des appendices adhérents, ou par des ouvertures du diaphragme ou de l'épiploon, etc., a pour caractère commun, a-t-on dit, l'absence de tumeur abdominale. Mais pour que ce signe négatif ait une valeur suffisante, il faudrait qu'une tumeur appréciable existât dans tous les autres faits; ce n'est pas ainsi. Il suffit de rappeler d'ailleurs qu'un météorisme prononcé peut faire souvent de pratiquer suffisamment la palpation de l'abdomen pour reconnaître une tumeur quelconque, comme on l'a vu dans un des faits que je rapporte.

L'existence de *phlegmasies péritonéales* comme antécédents, selon l'extension subite au milieu de la santé la plus parfaite, l'intensité et la fréquence des accidents de l'occlusion, caractériseraient plus particulièrement les étranglements proprement dits. — L'absence d'antécédent de péritonite avec rapidité très-grande des accidents, devrait faire penser à un étranglement de l'appendice du cœcum ou par un diverticule adhérent, si en même temps une douleur était apparue vers la région iliaque droite. — S'il n'existait aucun indice de phlegmasie péritonéale antérieure ni signe d'invagination ou de rétrécissement, on pourrait soupçonner un étranglement par torsion de l'intestin même temps on constatait le siège de la lésion au gros intestin. — La pénétration de l'intestin à travers une perforation du diaphragme serait précédée de troubles abdominaux et thoraciques combinés, existant parfois dès la naissance ou survenus à la suite de contusion du thorax ou de plaie du diaphragme; il y aurait : douleur dans l'hypochondre, le plus souvent à gauche.



de l'un des côtés du thorax; phénomènes d'auscultation et de percussion du cœur, etc.

**Siège de l'occlusion.** — Les éléments diagnostiques qui peuvent faire reconnaître sur quel point du tube digestif existe l'étranglement sont : la forme du ventre, le degré de météorisme, la nature et la quantité des vomissements, la quantité d'urine excrétée, la quantité de liquide que l'on peut faire pénétrer dans le gros intestin (Besnier); mais ces signes sont loin d'avoir la même valeur.

Le siège de l'obstacle au cours des matières a son siège au niveau de l'intestin grêle, les évacuations stercorales ou non, sont ordinairement précoces; le météorisme se situe aux environs de l'ombilic, surtout dans les premiers temps, et le gros intestin pourrait quelquefois recevoir sans difficultés par le rectum, chez l'adulte, environ 1 litre de liquide (Besnier). Suivant Bucquoy, qui a publié d'intéressantes recherches sur les invaginations morbides de l'intestin grêle (*Recueil de l'observ.*, t. I, p. 181), l'absence de météorisme et les vomissements bilieux sont les meilleures preuves du siège d'une invagination dans la partie supérieure de l'intestin grêle. Mais ces espèces d'invaginations sont exceptionnelles. Lorsque l'obstacle occupe le gros intestin, les vomissements, stercorales ou bilieux, sont tardifs; le météorisme, occupant d'abord les régions antérieures et latérales du ventre, est constamment considérable (les cas de hernie diaphragmatique exceptés), et il peut même causer la suffocation par refoulement du diaphragme; si l'obstacle est situé très-bas, on ne peut injecter qu'une très-petite quantité de liquide (Besnier). Je dois ajouter que la tumeur formée au-dessus de l'obstacle par des matières fécales est une indication aussi son siège.

Détermination du siège de l'occlusion intestinale contribue à en faire connaître la nature, car les relevés de Besnier démontrent que les occlusions de l'intestin grêle se sont rapportées soixante-onze fois sur soixante-dix-neuf à des invaginations par brides, par flexion ou par des sacs péritonéaux anormaux; tandis que, soixante-sept fois sur quatre-vingt-treize, l'occlusion au niveau du gros intestin aurait lieu par invagination, par rétrécissement, par torsion ou par compression de l'intestin, ou par hernie du diaphragme. Ces données, absolues, sont d'une utilité incontestable. Cependant on ne saurait recommander de se prononcer avec réserve sur le siège de l'occlusion et s'il s'agit de se baser sur ce fait pour pratiquer une opération; car elle peut avoir de graves conséquences déplorables. Tel est entre autres faits celui rapporté par Luke (*Méd.-chirur. transact.*), dans lequel on crut sentir avec certitude le siège précis de l'obstacle à quatre ou cinq pouces de l'anus, et le malade mourut après l'incision inutile des parois abdominales dans la fosse iliaque : il y avait un étranglement de l'intestin grêle.

On ne peut reconnaître pendant la vie la partie des parois abdominales qui se trouve en rapport avec le siège de l'obstacle au cours des matières? Dans l'état actuel de la science, la question est indécise. Il y aurait à rechercher, comme le recommande Hévin, si les symptômes tumeur et douleur ne correspondent à l'étranglement interne.

**Prognostic.** — L'occlusion intestinale est grave en général. Mais il n'y a pas à craindre la gravité des cas où l'intestin est fortement étranglé, cas ordinaires, à ceux où il n'est que tordu sur lui-même, encore moins aux cas de simple obstruction stercorale, et surtout à ceux de simple obstruction stercorale, qui sont les moins graves. Dans certains cas d'invagination, comme le démontre l'observation de M. Bouley, les accidents peuvent se prolonger plusieurs semaines.

Il ne faut pas oublier que l'on a rencontré des faits facilement curables et apparence au point de vue anatomique, et qui ont été suivis de mort : tels sont des faits d'invagination *sans adhérences*, ceux de simple accumulation de corps étrangers d'un petit volume (noyaux de cerises), et même des faits sans aucune lésion apparente qui puisse expliquer la mort, comme j'en ai observé un à Beaujon, et dans lequel aucun obstacle, aucune trace d'invagination ou de lésion récentes (quoique seules probables) ne furent constatés à l'autopsie, mais avec beaucoup de soins par Besnier. La maladie, présentant tous les symptômes les plus graves de l'iléus, avait atteint subitement le sujet, jeune homme très robuste, au milieu d'une santé florissante, et elle n'avait duré que quarante-huit heures.

**ODORAT.** — Voy. SENS.

**OEDÈME.** — J'ai d'abord à examiner l'œdème comme symptôme, puis comme maladie, lorsqu'il occupe la *glotte* ou le *poumon*.

**1° Caractères.** — A propos de l'anasarque, j'ai rappelé les caractères locaux de l'infiltration œdémateuse (p. 52). Ils sont complètement applicables à l'œdème, qui n'est que cette infiltration *localisée*, et due à une *cause locale*. Cette distinction de la cause, en effet, est le seul moyen de distinguer l'anasarque de l'œdème, quand l'infiltration séreuse sous-cutanée est limitée. La limitation est plus fréquente à lieu au pourtour des malléoles ou dans une hauteur plus ou moins considérable du membre ou des membres inférieurs. L'œdème occupe plus rarement un des membres supérieurs ou les deux, et il y apparaît d'abord à la main pour remonter plus haut. Enfin il se montre quelquefois à la face, aux paupières, ou dans d'autres parties du corps.

**2° Conditions pathologiques et signification.** — Lorsque l'on constate un œdème localisé, ce qui implique l'absence d'une des causes d'anasarque que j'ai rappelées (p. 56), et en particulier d'une maladie de Bright ou d'une altération du cœur, on trouve l'origine de cet œdème dans un *obstacle à la circulation veineuse*, comme l'a démontré Bouillaud. C'est du moins ce que l'on constate dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous. L'obstruction veineuse, due à la compression d'une tumeur ou à la coagulation du sang dans la veine, a des caractères bien tranchés lorsqu'elle occupe les gros troncs veineux. L'infiltration œdémateuse occupe alors *nécessairement* les deux extrémités du corps. De plus, si une tumeur comprime la *veine cave supérieure*, l'œdème est limité à la moitié supérieure du corps, jusqu'à la ceinture. Si la compression a lieu sur la *veine innominée*, un seul côté de cette moitié supérieure du corps est affecté d'œdème, comme Graves en a observé un exemple (*Leçons de clinique méd.*, 49<sup>e</sup> leçon). La moitié inférieure du corps peut aussi être le siège exclusif de l'œdème, si c'est dans la veine cave inférieure que la circulation est interrompue, comme on l'a vu par le fait de diverses tumeurs, et même par la pression d'un *rein flottant*. Une tumeur intra-pelvienne ou la grossesse causent l'œdème, et souvent même des varices, dans les deux membres abdominaux, comprimant les troncs aboutissant dans la veine cave. Si l'œdème des extrémités inférieures a succédé à une ascite, l'obstacle siège évidemment dans la veine porte ou dans le foie. Si un seul des membres pelviens est affecté, il y a obstruction de la veine principale du membre, comme dans la *phlegmatia*. L'œdème d'un membre supérieur doit immédiatement éveiller aussi l'idée d'un obstacle à la circulation dans la veine principale de ce membre. Ce sont là des faits établis qu'ils sont devenus vulgaires. Il en est de même de l'infiltration œdémateuse d'une région au niveau de laquelle existent une suppuration primitive ou une inflammation sans suppuration (érysipèle du cuir chevelu) ou bien

partielle à son début. Dans ce dernier cas, l'œdème a été observé à la fin de la gangrène de la bouche), de même que dans d'autres parties où il a reçu la dénomination de *malin* dans les cas de gangrène étendue, et spécialement aux paupières (Bourgeois, Raimbert).

Il y a encore des œdèmes qui résultent d'un obstacle momentané à la circulation, et qui ne sont que temporaires, sans que je veuille mettre en cause la compression mécanique extérieure des veines. Tel est l'œdème qui survient dans certaines contractures musculaires accidentelles, et que Delaberge a désigné sous le nom de *contractures idiopathiques des extrémités*; tel est encore l'œdème de la face noté par C. Baron dans les oblitérations de l'artère pul-

monaire et d'autres conditions dans lesquelles certains états locaux ont un caractère douteux d'œdème. Telles sont : l'enflure générale due à certains empoisonnements par l'arsenic, par exemple le gonflement violacé des paupières dans l'empoisonnement par l'opium, certaines hypertrophies graisseuses des paupières signalées par W. Bowman (*Lond. journ. of med.*, 1849).  
**Œdème de la glotte.**

En présence du diagnostic de l'œdème de la glotte, appelé aussi *laryngite œdémateuse*, de grandes difficultés dans certains cas, on doit reconnaître que, d'après les travaux des modernes, parmi lesquels la monographie de Sestier occupe le premier rang (*Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, 1852), on ne peut pas souvent se prononcer avec certitude sur l'existence de la maladie. Les circonstances dans lesquelles se développe l'œdème de la glotte doivent, par conséquent, être prises en grande considération. Le plus souvent il est, en effet, la complication, soit d'une *angine* survenue dans le cours ou dans la convalescence d'une affection chronique et surtout aiguë, soit d'une *laryngite chronique toujours ulcéreuse*, soit enfin (mais bien plus rarement) d'une *laryngite primitive*.

**Symptômes du diagnostic.** — Si la maladie originelle est aiguë, le début est, très-souvent violent et rapide, est annoncé par une *douleur vive* dans la gorge, une *fièvre* intense et la *tuméfaction du cou*; si elle est chronique, il y a tout d'abord un peu plus de gêne de la respiration.

Les phénomènes locaux, outre la *douleur* du pharynx ou du larynx qui est d'une grande intensité, et qui parfois est très-vive, il y a une gêne très-marquée de la *respiration*. Quoique mise en jeu par toutes les puissances motrices respiratoires, l'*inspiration* est tellement difficile qu'elle va quelquefois jusqu'à provoquer une sorte de désespoir, tandis qu'il y a une *facilité* dans l'*expiration*, que Blache regarde comme pathognomonique. L'*inspiration* est accompagnée d'un *ronflement guttural*, surtout pendant le sommeil, et quelquefois d'un *claquement* de soupape; quoique la bouche soit ouverte, les ailes du nez se dilatent fortement à chaque inspiration; la voix est rauque et pénible; la *toux* sèche, déchirée, également éteinte; les crachats sont glaireux, et varient suivant les lésions préexistantes du larynx, ils sont purulents et s'écoulent de la bouche sans effort (Bouillaud), ou sont noirs (Bricheteau). La *déglutition* est toujours gênée, avec rejet des aliments par le nez si l'épiglotte est ulcérée. Le *cou* est assez souvent volumineux. L'*inspection* du pharynx fait constater parfois du gonflement, des rougeurs, et dans certains cas même permet de voir l'*épiglotte tuméfiée*; la *tuméfaction* serait surtout visible à l'aide du laryngoscope. — Une exploration facile consiste à *porter le doigt* dans l'arrière-gorge, où l'on peut sentir un durcissement dû à l'infiltration des replis arythéno-épiglottiques. — Enfin

l'auscultation de la poitrine fait percevoir la faiblesse générale du bruit respiratoire, qui démontre la pénétration incomplète de l'air, malgré l'énergie des efforts inspireurs. — Le pouls est ordinairement faible et fréquent, l'anxiété continuelle.

Les symptômes s'aggravent considérablement pendant des exacerbations, qui sont de véritables accès. Ces accès de dyspnée extrême surviennent subitement, et sont caractérisés par les signes de l'asphyxie, joints à la plus vive anxiété. Plusieurs accès de cinq à quinze minutes peuvent se déclarer par vingt-quinze heures.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic différentiel, qui est ici le plus important, est facilité par cette circonstance que l'œdème de la glotte est extrêmement rare dans l'enfance, puisque Sestier, sur deux cent quinze observations qu'il a rassemblées, n'en a trouvé que dix-sept appartenant à l'enfance, dont cinq seulement avant l'âge de cinq ans. L'œdème de la glotte est par conséquent une maladie presque exclusive aux adultes, ce qui met presque hors de cause, chez les enfants, les affections qui pourraient le plus facilement en être confondues avec elle : je veux parler des *ascarides*, qui, remontant des voies digestives, pénètrent dans le larynx (p. 360), du PSEUDO-CROUP et du croup. Celui-ci, il est vrai, se rencontre aussi chez l'adulte, mais alors il présente un caractère de particulier qu'il n'offre pas ordinairement d'accès de suffocation comme chez l'enfant (Louis), ce qui l'empêche de ressembler à l'œdème de la glotte, qui d'ailleurs un cachet spécial dans la manière dont se fait la respiration. — Cette particularité suffirait pour empêcher de confondre l'œdème glottique avec un anévrysme de l'aorte comprimant la trachée ; les signes fournis par la percussion et par l'auscultation, ainsi que la dyspnée continue qui existe ordinairement sans exacerbations dans l'anévrysme, ne permettront pas d'ailleurs de confusion. — Un abcès pharyngien comprimant la langue ou la trachée s'imposerait d'autant plus facilement pour l'œdème glottique, qu'il pourrait avoir, dans les deux cas, une angine préexistante ; mais l'abcès est parfois visible ou accessible au toucher qui en constate la fluctuation ; et ici encore la dyspnée n'augmente pas par accès violents.

3° *Pronostic.* — Le pronostic est d'autant plus grave que le gonflement est plus considérable, et que la lésion préalable qui provoque la formation de l'œdème glottique est plus profonde et plus ancienne.

On a observé des œdèmes de la glotte qui sortent de la règle commune. On en a vu de latents, survenant à la dernière période de maladies mortelles (Louis). Charcelay en a rencontré un accidentel par le fait de l'ingestion d'un caustique liquide (acide sulfurique).

## II. Œdème du poumon.

L'infiltration séreuse qui constitue l'œdème du poumon de Laennec survient comme complication ultime de maladies aiguës ou chroniques qui ont profondément débilité l'économie, et plus particulièrement sous l'influence des causes qui produisent l'anasarque, et que l'on a comprises sous la dénomination de diathèse séreuse.

De l'aveu de Laennec lui-même, qui a décrit le premier l'œdème du poumon, ses symptômes sont extrêmement équivoques. La gêne de la respiration, un toux légère, une expectoration presque aqueuse et plus ou moins abondante sont les seuls signes auxquels on puisse le soupçonner. La percussion n'est presque jamais rien ; à l'auscultation, la respiration est très-faible, et les efforts respiratoires visibles du malade, et elle est mêlée d'un râle crépitant léger. Ces signes deviennent très-obscurs ou même tout à fait nuls.

implique l'emphysème pulmonaire. Il est évident que ces signes énumérés parmi lesquels ceux fournis par l'auscultation occupent la base postérieure des poumons, peuvent être attribués à une pneumonie obscure ou bien à une pleurésie chronique, et que l'existence des conditions originelles de l'anémie met seule de soupçonner l'œdème pulmonaire.

— 1<sup>re</sup> *Maladies*. — L'organe de la vision, qui est aussi le dernier à perdre sa sensibilité dans tous les genres de mort (Cl. Bernard), est affecté par de nombreuses maladies, parmi lesquelles je mentionnerai seulement les suivantes qui ont des rapports plus manifestes avec les affections internes. Ce sont : la *hémorrhagie* conjonctivale due à des causes générales, la *congestion* temporaire qui coïncide avec les accès de névralgie de la cinquième paire, qui a été considérée à tort comme une ophthalmie intermittente; des *ophthalmies*, se développant sous l'influence des diathèses scrofuleuse, syphilitique (*iritis*), comme manifestations de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la blennorrhagie, de l'impétigo, de l'herpès aigu ou comme conséquence de l'absorption de l'iode; l'*AMAUROSE* et l'*HÉMIPLÉGIE*; les *paralysies* des muscles propres de l'œil (*Voy. PARALYSIES*); enfin la *fonte de l'œil*, qui a été signalée comme complication des fièvres graves (Trousseau, *Arch. de méd.*, 1856, t. VII).

*Strabismes*. — L'œil, sain d'ailleurs, est quelquefois *très-saillant* des os sans trouble notable de la vue (*CACHEXIE THYROÏDIENNE*), ou d'un œil avec amaurose (*tumeur* de l'orbite). D'autres fois l'œil semble enfoncé dans les cavités orbitaires, comme dans le choléra, les occlusions nasales et dans d'autres maladies graves s'accompagnant de dépérissement. L'œil est *injecté* dans le délire agité, dans la pléthore, la fièvre jaune, la rage. L'un des yeux est assez souvent dévié de son axe (*STRABISME*), soit interne, soit externe, soit latine la *DIPLOPIE*. La *pupille* est le siège d'un resserrement (*myosis*) ou d'une dilatation (*mydriase*) qui sont deux phénomènes actifs. Ces phénomènes peuvent être diversement interprétés, malgré les importantes recherches de Budje, Waller, Cl. Bernard, W. Ogle, etc., relativement à l'influence de la portion cervicale du grand sympathique sur les mouvements de rétrécissement a été attribué à la forte compression subie par le grand sympathique à son origine, par le fait de tumeurs *anévrismales* intra-thoraciques (Virchow), de la carotide (Coates), de tumeur cancéreuse volumineuse (Ogle), tandis que la dilatation pupillaire a été au contraire observée sous l'influence de compression légère, comme dans les expériences où l'on irrite la carotide, ces changements de la pupille ne sont pas constants dans les mêmes circonstances (Méd.-chir. transact., t. XLI). On savait auparavant que la pupille était ressermée dans l'empoisonnement par l'opium (Orfila) et dans l'action de la belladone et des autres poisons narcotiques, dans la rage, chez les épileptiques, dans la seconde période de la méningite, etc.

Les troubles fonctionnels de l'œil, on doit ranger : l'*hyperesthésie* de l'œil (*photophobie*), qui a été considérée comme un signe pathognomonique de la cachexie scrofuleuse par Henley Thorp (1857), mais que l'on rencontre aussi dans les inflammations de l'organe, dans ses congestions, dans certaines névroses, cérébrales, et dans des névroses, où elle n'est qu'un effet secondaire; l'*ANESTHÉSIE* de contact (conjonctive); la diminution ou la *faiblesse visuelle*, qui constituent les degrés divers de l'*amblyopie* ou la *chute de la paupière supérieure* indépendante de son gonflement, œdémateux ou autre, ainsi que l'impossibilité de certains mou-



vements qui caractérisent les paralysies des muscles propres de l'œil; les secousses convulsives du globe oculaire qui annoncent souvent le début de convulsions générales, ou qui caractérisent des tics, suites de névralgie de la cinquième paire; et enfin le larmolement.

3° L'exploration des yeux se fait d'abord par l'inspection directe pour les parties extérieures. A l'aide de la palpation, on constate la sensibilité de la conjonctive, et en prescrivant au malade de faire fonctionner la vue ou de mouvoir l'œil dans certaines directions, on s'assure de l'état des fonctions sensoriales ou motrices de l'œil. Mais l'examen des parties profondes de l'œil ne peut bien se faire qu'à l'aide de l'OPHTHALMOSCOPE.

**ŒSOPHAGE.** — L'œsophage est le siège d'hémorrhagies (p. 484), d'inflammation (ŒSOPHAGITE), d'abcès, de CANCER (p. 470), d'ULCÉRATIONS, de perforation ou de rupture, de RÉTRÉCISSEMENT, de DILATATION consécutive de rhumatisme, de SPASME (œsophagisme), de PARALYSIE.

Une douleur plus ou moins vive, soit spontanée, soit provoquée par l'acte de la déglutition, parfois l'absence de toute douleur, la dysphagie ou l'impossibilité absolue de la déglutition, ou au contraire la chute subite des aliments ou des boissons dans l'estomac (paralysie), le rejet des aliments par vomituration immédiate ou tardive : tels sont les symptômes ordinaires des affections œsophagiennes.

L'exploration a lieu habituellement à l'aide de la sonde dite œsophagienne que l'on introduit par une des fosses nasales dont on suit le plancher inférieur ou par la bouche. On doit avoir soin, dans les deux cas, de donner à l'extrémité de la sonde une courbure convenable qui lui fasse suivre la paroi postérieure du pharynx, sans quoi l'on s'exposerait à pénétrer dans le larynx, dont on est averti par le sentiment subit de suffocation éprouvé alors par le malade. — Natanson (de Varsovie) a eu l'idée d'employer l'auscultation à l'exploration de l'œsophage pendant la déglutition des liquides. Il en est résulté que le glou-glou produit par cette déglutition fournit des signes assez vagues pour la détermination du siège de la lésion œsophagienne. De plus, ce moyen d'auscultation, appliqué au niveau de l'aisselle, ferait percevoir un glou-glou renforcé, lorsque le poumon correspondant est condensé par des tubercules ou par une pneumonie.

**ŒSOPHAGISME.** — Voy. SPASMES.

**ŒSOPHAGITE.** — Cette affection, très-rarement observée, est le plus souvent secondaire. Elle a été étudiée par Mondière d'après un nombre restreint de faits (Arch. de méd., 1830, t. XXIV).

1° *Éléments du diagnostic.* — La douleur est le principal symptôme de la maladie; dans certains cas, la douleur pendant la déglutition est même le seul observé. Dans d'autres circonstances, il y a une douleur spontanée rapportée par le malade à la partie inférieure du pharynx, mais quelquefois aussi au larynx, à l'épigastre ou entre les deux épaules; elle est ordinairement grâduelle, parfois subite et très-intense, et, dans tous les cas, intolérable au moment du passage du bol alimentaire, avec sensation de brûlure et de déchirement. Il y aurait de plus, suivant Mondière, un sentiment de sécheresse le long de l'œsophage, une expectoration plus ou moins difficile de matières muqueuses, parfois une toux gutturale, une soif plus au moins intense, du hoquet, des vomissements, et enfin des symptômes généraux rarement très-intenses, souvent au contraire très-légers ou nuls.

2° *Inductions diagnostiques.* — Parmi ces symptômes, la douleur violente pendant le passage du bol alimentaire peut seule rendre probable l'existence



ragite. Mais lorsqu'on la soupçonne, il faut tenir compte des conditions et étiologiques de la maladie en dehors des symptômes, ainsi des résultats de l'exploration de l'œsophage par la sonde, si l'on veut quelque précision de diagnostic.

La *ragite ulcéreuse*, hypothétique à l'état simple, et rarement observée *phthisis*, dans le cours de la *fièvre typhoïde* ou de la *phthisie pulmonaire*, donnerait lieu à une douleur plus fixe, plus limitée et plus vive au moment de la déglutition que l'œsophagite non ulcéreuse. Mais ces particularités ne sont pas insuffisantes, si une bougie œsophagienne n'entraîne pas au dehors une quantité de pus, comme Mondière en a cité un exemple. Les phénomènes locaux, joints à des symptômes cérébraux graves (congestion de la tête, convulsions), ainsi que l'a observé Barras (*Acad. de méd.*, 1825), sont également de nature à révéler l'œsophagite suppurée.

Dans les cas douteux, les commémoratifs et les conditions étiologiques viennent tout en aide pour le diagnostic. L'œsophagite qui a été observée, en fait, a été le plus souvent provoquée par l'ingestion de certaines substances, l'abus du *mercure*, suivant Hildenbrand, l'*iode* (Gohier), l'*émétique* à haute dose, les *acides concentrés* et les autres substances corrosives, le vin en solution, les *liquides brûlants*, peut-être l'*eau glacée*, et manuellement les *corps étrangers* volumineux et durs séjournant dans le conduit œsophagien. On n'oubliera pas que l'affection peut aussi être symptomatique d'un processus général, d'un érysipèle, d'un charbon, d'un tétanos, d'un choléra, d'un typhus, d'un typhoïde, d'un érysipèle secondaire de la *rage*, de la *variole*, de la *rougeole*, de la *scarlatine*.

En résumé, l'ensemble de données diagnostiques ne saurait être utile dans tous les cas; et les difficultés seront d'autant plus grandes que l'on approfondira les phénomènes existants avec ceux d'autres affections de la tête ou des organes voisins.

On affirmera d'abord de nommer le *cancer*, le *RÉTRÉCISSEMENT*, la *DILATATION* de l'œsophagien. — Son *spasme* se distinguera de l'œsophagite en ce qu'il survient inopinément dans le cours d'une affection nerveuse, l'*hystérie* ou les *neuroses*, et qu'il n'est pas précédé des circonstances occasionnelles de la *ragite* rappelées plus haut. — Quant au *rhumatisme* de l'œsophage, il se distinguera encore de l'œsophagite par l'absence de toute particularité caractéristique autre que la coïncidence d'un rhumatisme, et par le fait de la persistance de la douleur pendant la déglutition, *après l'ingestion des petites portions d'aliments*.

Les formes simple ou ulcéreuse de l'œsophagite, on a admis des formes *inflammatoire* ou *pseudo-membraneuse*, mais ici l'importance de l'affection en présence d'autres lésions locales plus graves, ou de la consécution de l'économie qui les engendre (*Voy. GANGRÈNES, DIPHTHÉRIE*). Les complications de l'œsophagite qui peuvent survenir sont : l'*œsophagospasme* de l'œsophage, l'*hydrophobie* (Mondière), l'*œdème* de la muqueuse, les cas d'abcès, et enfin la *rupture* de l'œsophage. Son *rétrécissement* est quelquefois la conséquence de l'œsophagite passée à l'état chronique.

**Prognostic.** — La terminaison par résolution est la plus fréquente. L'œsophagite est toujours grave lorsqu'elle se termine par suppuration, ulcération, ou par rétrécissement de l'œsophage.

**TR. — Voy. PARASITES végétaux.**

**DIAGNOSTIC.** — Comme moyen d'exploration, l'olfaction fournit un nomment bien limité. Elle fait percevoir la *fétidité* de l'haleine produite

par l'embarras gastro-intestinal, par certaines stomatites ou pharyngites, par la punaisie, la carie dentaire, ou bien les odeurs plus ou moins caractéristiques des excréments : vomissements (ivresse, indigestion), matières fécales, gaz, urines. Le défaut d'odeur de certaines matières excrétées est quelquefois utile aussi à diagnostic. L'olfaction est surtout utile pour constater l'odeur particulière de la gangrène, principalement celle de la *gangrène pulmonaire*. L'odeur spéciale qu'exhalent les ouvriers en caoutchouc met également sur la voie du diagnostic de l'intoxication par le sulfure de carbone.

**OMBILIC.** — Voy. ABCÈS, ABDOMEN.

**OMOPLATE.** — Voy. ÉPAULE.

**ONANISME.** — Les signes qui peuvent faire deviner des habitudes d'onanisme ont une grande importance, comme révélations d'une cause de maladie d'autant plus nécessaire à connaître qu'elle est presque toujours dissimulée au soin. C'est surtout par le dépérissement général, par la langueur, l'atonie du regard, l'enfoncement des yeux, qui sont cerclés inférieurement par une tache plombée, que l'on peut soupçonner des habitudes d'onanisme chez les jeunes personnes et principalement chez les jeunes gens. Suivant Pétrequin (*Traité d'anat. topographique*), le transport de la pupille en haut et en dedans suffit, chez les enfants, un bon signe à ajouter aux précédents.

**ONGLES.** — La conformation des ongles a depuis longtemps attiré l'attention des observateurs.

On appelle *ongles hippocratiques* ceux qui sont beaucoup plus recourbés que de coutume sur leur longueur, et qui coïncident ordinairement avec le développement (dit en massue) de l'extrémité des doigts. On a considéré cette conformation anormale comme une conséquence exclusive de la phthisie pulmonaire. Mais il ressort des recherches de Vernois (*Arch. de méd.*, 1839, t. VI), d'abord que ce signe est bien plus fréquent qu'on ne pense, du moins dans les hôpitaux, et, en second lieu, qu'il se rencontre non-seulement avec la *phthisie tuberculeuse*, mais encore avec les *scrofules*, et bien plus rarement dans d'autres *maladies chroniques* ou aiguës, ou dans d'autres conditions indéterminées. Les premières de ces conditions ne sont donc pas absolues. Les femmes présentent des ongles dits hippocratiques trois fois plus fréquemment que les hommes.

A la suite des maladies qui ont affecté la nutrition d'une manière notable, il se forme sur les ongles, suivant Beau, des sillons transversaux, dont la distance à partir de l'insertion onguéale serait en rapport avec le temps écoulé depuis la disparition de la maladie. Il calcule ce temps d'après cette double donnée que chaque millimètre représente une semaine pour les ongles des mains, il faut compter trois millimètres pour l'insertion de l'ongle du pouce ; et pour l'ongle des gros orteils, chaque millimètre correspondrait à un mois. La largeur du sillon serait en rapport avec la durée de la maladie, et ses bords tranchés à pic répondraient à une invasion ou à une disparition brusque de la maladie. Enfin le temps d'évolution des ongles permettrait de concevoir que l'ongle du pouce ne peut fournir d'indice sur une époque antérieure à cinq mois, tandis que, pour le gros orteil, les indices pourraient remonter à deux années. Guérthiers, chirurgien danois, a signalé, en 1842, l'arrêt de la pousse des ongles au niveau des membres facturés. Broca et Duplay (1867) ont vérifié la justesse de cette remarque.

Les ongles seraient encore le siège d'*ulcérations* syphilitiques à leur base, suivant certains auteurs. Tout le monde sait que, sous le nom d'*onyxis*, les chirurgiens ont décrit des ulcérations destructives de l'ongle. Mais, d'après

es de Bazin sur le parasitisme des teignes, il faudrait admettre que, pour l'onychomycose, on a compris fréquemment de véritables destructions des téguments parasitaires (Voy. LÈPRE DES GRECS et TEIGNES).

**OPHTHALMIE.** — Voy. ŒIL.

**OPHTHALMOSCOPIE.** — Quoique l'usage de l'ophthalmoscope, imaginé par Hermann von Helmholtz, soit principalement utilisé par les chirurgiens qui s'occupent de l'œil, je dois faire remarquer que, parmi les éléments de diagnostic par l'ophthalmoscopie, il en est qui sont d'une utilité incontestable pour le diagnostic des maladies internes. Le médecin ne saurait donc se dispenser d'avoir recours à ce moyen d'investigation. Son utilité, à ce dernier point de vue, ressort des travaux importants de nos contemporains, parmi lesquels je citerai en France Sichel (*Iconogr. ophthalm.*, 1859), Follin Cusco, Giraud-Teulon, Liebreich, Galezowski, Bouchut, Perrin et les auteurs de plusieurs thèses importantes, parmi lesquelles sont celles de Métaxas et de J. E. Meunier (1864). Les *Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil*, par Follin (1859), ont beaucoup contribué à répandre en France ce mode d'investigation.

L'objet de l'ophthalmoscopie médicale est de fournir des signes utiles au diagnostic, soit des affections des organes qui sont en rapport intime avec l'œil, soit des organes intra-crâniens, soit de certaines maladies générales ou locales qui se traduisent par des manifestations particulières au niveau de l'œil, en particulier de la rétine.

**Moyens d'exploration.** — Les appareils ophthalmoscopiques sont fixes ou portatifs. Les premiers constituent de véritables appareils optiques compliqués mais excellents pour l'emploi journalier du procédé dans le cabinet. Les seconds, plus simples, facilement portatifs, sont les ophthalmoscopes non fixes, qui sont d'un usage habituel. On sait qu'en général ils consistent en un miroir concave fixé à un manche pour être facilement manié et présentant une ou deux ouvertures, fig. 140, et en une lentille bi-convexe por-

tant à l'emploi de cet ophthalmoscope, il y a trois choses à faire : 1° l'éclairage du fond de l'œil à explorer, que l'on obtient au moyen des rayons lumineux de dispersion du miroir concave, et fournis par une lampe placée à la position convenable de ce miroir pour que l'explorateur puisse examiner à travers ses ouvertures la direction des rayons lumineux réfléchis; 3° enfin la position de la lentille sur le trajet de ces rayons de façon à donner une image nette au fond de l'œil. — La fig. 141 montre comment on procède à l'examen ophthalmoscopique. Le miroir est maintenu en avant de l'explorateur de façon que ce miroir reçoive les rayons lumineux d'une lampe placée à la tête du patient, rayons qui doivent se réfléchir sur l'œil, tandis que l'observateur plonge son regard

dans la même direction à travers l'ouverture ou les ouvertures du miroir, en même temps qu'il a la netteté à l'image de la rétine à l'aide de la lentille maintenue devant l'œil. Le passage des rayons lumineux réfléchis, entre le miroir et l'œil à explorer, se fait par l'ouverture du miroir.

On ne pense pas que cette exploration, en apparence si simple, soit



Fig. 140. — Ophthalmoscope d'acier poli de Desmarres (1/3 de grandeur.)



exempte de difficultés. Ce n'est qu'à la longue et par une pratique persévérante de plusieurs mois, destinée d'abord à l'examen de l'œil sain, que l'on peut être suffisamment exercé.

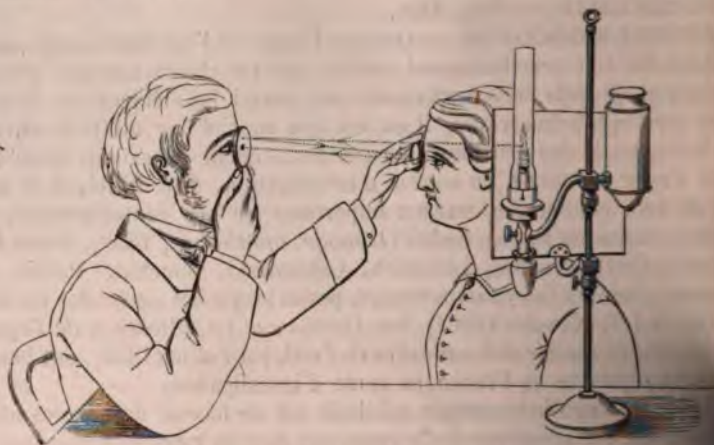


Fig. 141. — Examen ophthalmoscopique.

**3° Signes.** — L'énumération rapide des signes fournis par l'ophthalmoscope est la meilleure preuve qu'on puisse donner de son utilité.

Dans l'état sain, fig. 142, on voit d'abord dans l'espace pupillaire un

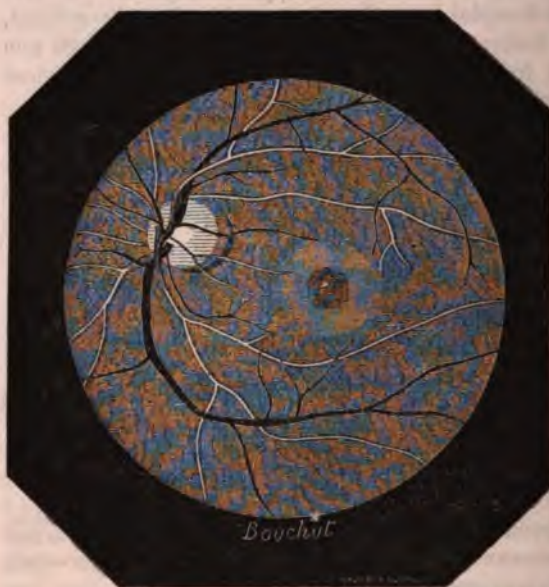


Fig. 142. — Fond de l'œil normal. Examen fait sur un individu à cheveux noirs et dont l'iris était d'un brun très-foncé. Cette figure montre une pigmentation sombre au plus haut degré du stroma et de l'épithélium (d'après Liebreich, *Atlas d'ophtalmoscopie*).

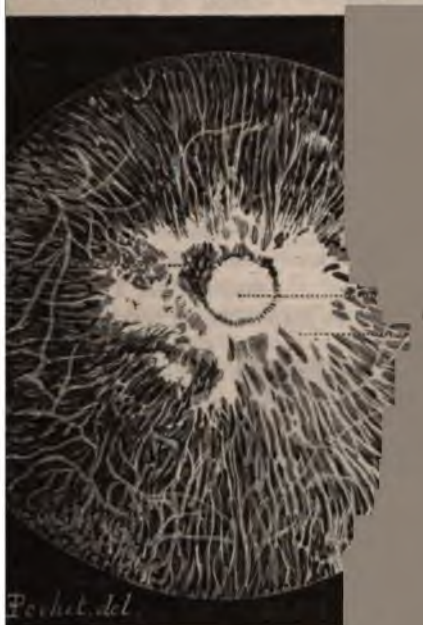
située en arrière de la rétine, coloration d'autant plus vive que la couche de pigment déposé par traînées noirâtres dans les intervalles des vaisseaux, ou par

rougeâtre sur lequel dessinent quelques ramifications vasculaires. Si on dit au malade de fixer un objet qui lui fasse passer l'œil légèrement en dedans, on voit une tache blanchâtre à peu près circulaire, paraissant avoir quelques lignes de diamètre et qui est la pupille du nerf optique, laquelle convergent les vaisseaux rétiniens, et est quelquefois circonscrite par un cercle ou demi-cercle noirâtre de matière pigmentaire. La rétine étant transparente comme le verre d'une glace étamée, ne saurait être aperçue dans l'œil normal. Aussi la coloration rouge du fond de l'œil dépend de la choroi-

demi-cercle autour de la papille, est moins abondante. La couche, dont on peut admirer la disposition, est formée d'artères qui sont s, d'un rouge clair, et de veines de couleur plus foncée, *carminée* ou faut être prévenu que les veines offrent des pulsations chez les qui ont activé leur circulation en marchant, ou chez ceux dont on l'œil légèrement. Enfin il résulte de la transparence de la rétine qu'il y a des plans vasculaires superposés et distants : l'un, composé des vaisseaux de la rétine qui émergent du centre de la papille ; et l'autre au delà, des vaisseaux de la choroïde.

Dans l'ordre pathologique, l'ophtalmoscope rend les plus grands services à constater des lésions que la simple vue serait incapable de reconnaître. Il existe des troubles amaurotiques, comme nous l'avons dit au mot AMAUROSE (44 et 45).

Ces lésions qui sont incomparablement les plus fréquentes sont avant tout ceux



Atrophie du segment postérieur de la choroïde (d'après une photographie). — a, papille. b, flot de pigment circonscrivant la papille à sa base. c, zone d'atrophie choroïdienne complète. d, zone d'atrophie partielle (Cusco, Nouv. Dict. de méd. et de chir., t. VII).

de la *choroïdite*, puis de la *rétinite*, reconnaissables aux lésions que présentent les deux couches vasculaires distantes, et qui correspondent, la plus profonde à la choroïde, et la plus superficielle à la rétine, fig. 443 (Voy. RÉTINITE). Je ne ferai que rappeler : les formes *congestive* et *exsudative* de la choroïdite ou de la rétinite ; l'*anémie* ou l'*atrophie* choroïdienne ou rétinienne ; les *hémorrhagies* ou épanchements par rupture des vaisseaux de l'une ou de l'autre couches vascu-

les d'où résultent des cécités subites ; les *décollements de la rétine* ; les *exsudats* soulevant la couche vasculaire de la membrane rétinienne ou le corps vitré ; la présence des *corpuscules*, des *exsudats* ou des *cristaux* flottants dans cette humeur vitrée ; enfin des *petites plaques ecchymotiques* et des *taches jaunâtres* (transformation graisseuse) considérées comme caractéristiques dans la maladie de Bright. Les figures 144 et 145 donnent l'idée de plusieurs de ces lésions visibles à l'ophtalmoscope. — Outre la constatation des lésions choroïdiennes, rétinien- nes, et des corps flottants du vitré que je viens de rappeler, celle d'autres lésions moins profondes n'est pas moins utile. Tels sont : les *corps étrangers* dans la chambre antérieure, les *cataracts* à la surface de l'iris, les *condylomes* du bord pupillaire, les altéra-



tions primitives et ténues du cristallin, qui font qu'il n'est plus pos

confondre une cataracte à  
but avec une amaurose.

Enfin l'absence de tout  
interne, établie par l'ophthal-  
mologie, permet seule d'  
qu'une amaurose est rée  
de cause cérébrale; car,  
plupart des cas d'amauro-  
se à une lésion oculaire.

**OPPRESSION.** — V  
PNÉE.

**ORCHITE.** — Je n'ai  
ler l'orchite que comme  
cation ou épiphénomène  
quable survenant dans  
maladies. Elle complique  
fois la blennorrhagie, la  
comme l'a démontré Béraud  
de méd., 1859, t. XIII);  
montre après la disparition  
ou moins brusque des or-  
ou comme conséquence d'  
vralgie ilio-scrotale. Dans  
rapporté par Trousseau, l'

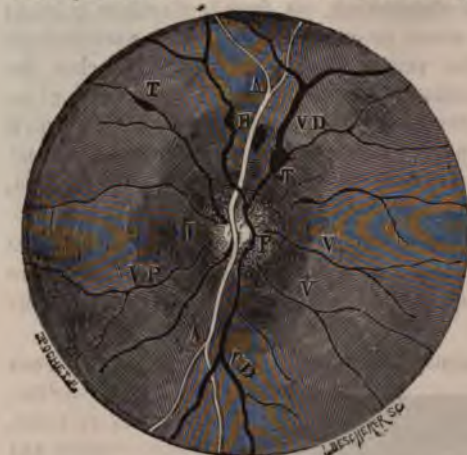


Fig. 144. — Méningite tuberculeuse déterminée par un tubercule du cervelet ayant produit l'infiltration séreuse périrapillaire, la dilatation et la flexuosité des veines de la rétine, les thromboses des veines et les hémorrhagies rétiniennes. — P, papille du nerf optique. I, congestion et infiltration séreuse périrapillaire. V, D, dilatation des veines de la rétine autour de la papille. VP, flexuosités des veines de la rétine. T, T, thromboses phlébo-rétiniennes. V, V, veines de la rétine. A, A, artère centrale de la rétine.

lons, très-peu prononcés, étaient passés inaperçus, en sorte que l'orch



Fig. 145. — Méningite chronique ayant produit l'infiltration séreuse de la papille, les hémorrhagies et les exsudats albumino-graisseux de la rétine, ainsi que des taches pigmentaires. — P, papille complètement voilée par l'infiltration séreuse. PL, plaques laiteuses albumino-graisseuses de la rétine. H, plaques d'infiltration séreuse de la rétine. V, V, V, vaisseaux de la rétine interrompus par l'œdème. H, H, hémorrhagies rétiniennes. P, t, taches pigmentaires.

s'accompagnait de p  
nes généraux graves  
sait primitive et a  
gravité dès lors in  
(Clin. méd. de  
Dieu). — Quant à  
varioleuse de Béraud  
reconnait à une dou  
chaleur et parfois rou  
la peau; à une tum  
unilatérale ou bilatér  
tôt visible, et tantôt  
au toucher vers la pa  
clive du scrotum; à  
tuation (qui n'est  
symptôme du début).  
sensation du fror  
dont j'ai déjà parlé (

**OREILLE.** — L  
considérer dans l'or  
pavillon, le conduit  
externe et l'oreille in-  
dont il faut rappor-  
comme annexe, la  
d'Eustache.



Le pavillon de l'oreille peut se développer d'une manière aiguë, par suite d'erysipèle de la face ou de la tuméfaction inflammatoire qui accompagne la fièvre. Il peut être aussi, chez les aliénés, le siège d'une *tumeur sanguine* matome, signalée d'abord par Bird en Allemagne, et par Ferrus en France. D'abord par Marcé et Foville sous la dépendance de l'innervation du nerf trijumeau produisant la congestion habituelle de l'oreille, cette tuméfaction a été connue plus tard par Marcé, Magnan, Broca, comme étant souvent une lésion traumatique. Enfin pour Ch. Bouchard, le traumatisme intervient seule-  
 comme cause déterminante, dans un tissu prédisposé à l'extravasation par un ramollissement paralytique des vaisseaux (*Thèse d'agrégat.*, 1869). Demarquay et Saint-Vel ont décrit des tumeurs fibreuses dures, solides, indolentes, man-  
 nées, occupant le lobule de l'oreille, et qui sont produites, surtout chez les nègres des Antilles, par d'énormes et lourdes boucles d'oreilles qui tiraillent le lobule (*Gaz. des hôp.*, 1864). — L'OTITE est la seule affection particu-  
 lière du conduit auditif externe et à l'oreille interne qui intéresse le médecin. Elle est renvoyée, pour les signes fournis par l'oreille, au même mot OTITE et à l'article SURDITÉ. — Quant à l'exploration du conduit auditif par la vue, on la fait en tirant en dehors le pavillon de l'oreille (ce qui donne de la rectitude au conduit) ou en se servant d'un *spéculum*, d'ailleurs peu usité, ou de l'otos-  
 cope, instrument analogue à l'ophthalmoscope. Je dois encore rappeler que l'auscultation a été conseillée comme moyen d'exploration de l'oreille. Suivant  
 le Dr. Arnin, en effet, on pourrait recueillir à l'aide du stéthoscope, ou même par  
 l'oreille appliquée immédiatement sur celle du malade, les bruits que fait naître  
 l'oreille moyenne de la personne qu'on examine la propagation des vibra-  
 tions sonores de la respiration, de la toux, de la voix, du sifflement labial,  
 et des à dessein de diverses manières. Il déduirait de cet examen des signes  
 considérés comme pathognomoniques pour les diverses lésions des organes  
 voisins (*Acad. des sc.*, 1856). Ménière, qui a recherché l'existence de ces phé-  
 nomènes, affirme que l'air ne saurait pénétrer du haut du pharynx dans la  
 caisse d'Eustache et dans la caisse que par un mouvement de déglutition ou  
 d'une forte expiration, le nez et la bouche étant fermés, pousse l'air dans la  
 caisse (*Arch. de méd.*, 1857). Mais on ne peut admettre, avec Ménière, l'im-  
 possibilité de la pénétration du bol aérien du pharynx dans la caisse, en dehors  
 de ces conditions. Il y a des personnes, et je suis du nombre, qui, lorsque la  
 caisse et la caisse sont vides, peuvent contracter volontairement les trompes et  
 pousser l'air qu'elles contiennent dans la caisse, où son arrivée produit un petit  
 bruit humide accompagné d'un bruit de souffle sourd, mais bien manifeste.  
 On ne peut malheureusement pas utiliser ce fait pour l'étude de l'auscultation  
 de l'oreille.

**OREILLETES.** — Voy. POITRINE.

**OREILLONS.** — Le gonflement ordinairement rapide de l'une ou des deux  
 glandes parotidiennes auquel on a donné le nom d'oreillons ou d'ourles, paraît  
 être une *fluxion*, de nature encore inconnue, des glandes parotides. C'est une  
 affection ordinairement bénigne, parfois épidémique, qui se remarque plus fré-  
 quemment chez les jeunes gens que chez les jeunes filles, qui est favorisée par  
 le temps froid, par l'humidité, et qui enfin, suivant quelques auteurs, serait  
 contagieuse.

**Signes du diagnostic.** — Le gonflement parotidien survient simul-  
 tanément ou successivement des deux côtés; il est rarement précédé de quel-  
 ques symptômes fébriles légers, et il s'accompagne d'un sentiment local de  
 chaleur, ou d'une légère douleur avec gêne des mouvements de la mâchoire

et parfois du *ptyalisme*. Ce gonflement de la région parotidienne et sa laire est uniforme, sans changement de couleur de la peau, qui est au niveau; il donne sous le doigt la sensation d'un corps pâteux, mais assez dur; ses limites peuvent être assez étendues pour donner au visage un aspect effrayant et méconnaissable; mais le cas est rare, de même que la persistance de la fièvre et les évacuations alvines qui peuvent l'accompagner. Un phénomène singulier qui se remarque chez les jeunes gens, dans un certain nombre de cas et qui a été très-fréquemment observé dans une épidémie qui a sévi à Arras (Rizet), c'est le *gonflement inflammatoire des testicules* dont le succès succède parfois à la disparition rapide de la tuméfaction parotidienne; d'autres fois coïncide avec elle. Il en est de même du *gonflement des lèvres* et des *mamelles* chez la femme, ainsi que des *ovaires*.

2° *Inductions diagnostiques*. — Lorsque les symptômes locaux se dirigent exclusivement vers le cou, les caractères non inflammatoires de la tumeur, la rapidité de l'invasion et de la marche de la maladie, ne permettent pas de méconnaître. Son diagnostic est facilité par son développement épidémique; nous paraît impossible de confondre les oreillons avec les *engorgements fuleux* du cou, avec ceux dus à des affections plus ou moins graves de l'*orchite* ou du *pharynx*, ou enfin avec la *parotidite*.

Mais en dehors de ces cas les plus simples, on est exposé à des erreurs de diagnostic presque inévitables en présence d'une orchite, d'une inflammation des grandes lèvres ou du gonflement douloureux des mamelles, qui ont précédé à la disparition brusque du gonflement parotidien, si l'on ne songe à la relation qui existe entre ces accidents et les oreillons. Une autre cause de méprise, sur laquelle Trousseau a attiré l'attention (*Arch. de méd.*, 1881), se rencontre quelquefois dans les symptômes généraux fébriles, en particulier dans les très-graves, qui se montrent avant l'apparition de l'orchite, et qui cessent d'emblée dès que l'inflammation testiculaire se développe, comme Trousseau l'a constaté deux fois.

Quoique l'on ait vu quelquefois les oreillons se compliquer de complications superficielles, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané et précédés d'une inflammation, l'ensemble des autres circonstances de la maladie ne permet pas de la méconnaître et de croire à une véritable parotidite.

3° *Pronostic*. — Les oreillons sont une affection sans gravité.

**ORGANOSCOPE.** — Fonssagrives a présenté sous ce nom, à l'Académie des sciences (janvier 1860), un instrument ingénieux destiné à éclaircir les questions organiques au moyen de l'électricité, en y facilitant ainsi le diagnostic clinique des opérations chirurgicales. L'organoscope (tubes vides de Geisler, modifiés par de Moncel et Ruhmkorff) consiste en un long tube presque entièrement replié sur lui-même et contourné à la manière des multiplicateurs électromagnétiques. Il forme une espèce de cylindre lumineux, susceptible d'être introduit dans des cavités assez étroites, sans crainte d'échauffement ni de lésion. Il n'a pas encore été utilisé d'une manière spéciale.

**ORTHOPNÉE.** — Voy. *DYSPNÉE*.

**ORTIÉE** (Fièvre). — Voy. *URTICAIRE*.

**OSSEUX** (Appareil). — Voy. *SQUELETTE*.

**OSTÉOMALACIE.** — Cette affection, que l'on n'observe que chez l'adulte, est considérée par un certain nombre d'auteurs comme identique avec le rachitisme des enfants; elle présente, il est vrai, plusieurs caractères communs à cette dernière maladie, mais elle offre aussi des différences assez grandes pour qu'on soit autorisé à traiter à part de son diagnostic.



doit à Jules Guérin, Stanski, Trousseau et Lasègue, et surtout à Beylard (1852), les principaux travaux qui ont été publiés sur cette maladie, parler de ceux dont le rachitisme a été l'objet.

**Éléments du diagnostic.** — Vers le début, il y a des *douleurs erratiques*, c'est-à-dire, dans les différentes parties du corps, ressemblant à des douleurs rhumatismales, augmentant d'intensité avec les progrès de la maladie, et pouvant se généraliser, devenir continues et s'exaspérer par les mouvements, la pression ou le simple contact. En même temps, il existe une *faiblesse progressive*, une *aversion pour l'exercice* et la *marche*, qui nécessite un aide et se fait avec hésitation et avec la crainte d'être renversé au moindre choc. Les *digestions* sont parfois difficiles, il y a des *vomissements*, des *alternatives de constipation* et de *diarrhée*, de l'*amaigrissement*; les *urines* fournissent un *épôt* abondant de *phosphate de chaux*, quelquefois même des petits grains; la *salive* peut aussi contenir du phosphate de chaux (Wright).

Après cette première période, ou sans elle (car elle peut manquer), il survient quelquefois des *fractures spontanées* sous l'influence de mouvements brusques, mais surtout des *courbures anormales* des os du squelette, et la diminution de la taille due au tassement des vertèbres. Le ramollissement des mâchoires *empêche la mastication*, les *genouilles* sont molles et saignantes, les *os tombent*. Quelquefois la mollesse des os permet de contourner les membres sous sens. Il résulte de ces *déformations*, au milieu desquelles le corps se développe souvent, mais conserve sa forme régulière, des troubles fonctionnels portant surtout sur la *respiration*, qui devient de plus en plus gênée; il peut même survenir de la *suffocation* et un *œdème* plus ou moins étendu. Le corps est ramassé sur lui-même et élargi en même temps, et les douleurs sont encore augmentées par des fractures souvent latentes ou qui sont signalées par une *douleur subite très-vive*, fractures qui se compliquent de *complications*, sur lesquelles Trousseau et Lasègue ont les premiers attiré l'attention (*Union méd.*, 1850).

**Inductions diagnostiques.** — Les faits d'ostéomalacie se présentent au premier lieu dans deux conditions bien différentes au point de vue du diagnostic : en effet, il n'y a que de simples douleurs ou des troubles fonctionnels, ou bien des fractures spontanées et des déformations.

La maladie est d'autant plus aisément méconnue, dans la première condition, qu'elle est extrêmement rare. Quoique l'on ait fait remarquer que les douleurs d'ostéomalacie occupent de préférence la continuité des membres et la colonne vertébrale, et que, dans les cas de grossesse, elles débent toujours, dit-on, dans la région pelvienne, on sera peu surpris d'apprendre qu'en présence de douleurs erratiques du début, on ait toujours cru à l'existence du *rhumatisme* ou de la *goutte*. La méprise est favorisée par cette circonstance que des douleurs, de part et d'autre, augmentent sous l'influence de l'humidité et des changements. Ce n'est donc que lorsque l'on verra survenir soit des fractures spontanées, soit l'influence d'une cause très-légère, d'un simple mouvement, d'une secousse brusque, etc., soit une déformation résultant d'un ramollissement des os, penser à l'existence de douleurs en apparence rhumatismales, que l'on pourra soupçonner l'ostéomalacie. L'absence de gonflement et de rougeur dans cette affection est insuffisante, en effet, pour faire rejeter l'idée du rhumatisme articulaire chronique.

Enfin, définitive, ce sont les fractures spontanées et les déformations du squelette qui peuvent surtout mettre sur la voie du diagnostic. La constatation d'une grande quantité de phosphates dans l'urine, ainsi que la gêne de la respiration,

faits; enfin les grossesses répétées, qui font que la maladie chaque nouvelle conception.

L'ampliation du crâne, lorsqu'elle a eu lieu, pourrait être celle de l'*hydrocéphalie*; mais je rappelle seulement la possibilité, ayant précédemment discuté ce diagnostic différentiel (CÉPHALIE). — La faiblesse se manifestant aux reins et aux mem avec hésitation dans la marche et craintes de chutes, a fait cr à une lésion de la *moelle épinière*, lorsqu'il n'y avait pas en mènes caractéristiques de l'ostéomalacie. On a théoriquement caractères différentiels propres à faire distinguer les faits de cet il en est un certain nombre dans lesquels ces caractères ne sont p La paralysie du rectum et de la vessie et la douleur en ceintur sont les seules données importantes qui ne se rencontrent pas lacie. — La *maladie de Pott*, qui donne lieu à la fois à des côté des reins et des membres inférieurs, et à une déformation vertébrale, ne saurait être confondue avec l'ostéomalacie; car plus ou moins généralisée dans ce dernier cas, est localisée au ment d'une ou de deux vertèbres dans le mal de Pott. Cette derni termine d'ailleurs un angle saillant caractéristique ou, à défaut de des abcès par congestion qui, suivant la remarque de Beylard, e méprendre. — Les déformations du squelette sont trop avancées le lissement des mâchoires amène la chute des dents et le boursouff des gencives dans l'ostéomalacie, pour que l'on puisse voir dans ce mes des signes de *scorbut*. Il faut noter toutefois que les deux aff exister simultanément, et qu'au début, les douleurs générales, l répugnance pour les mouvements, qui se constatent dans les deux raient faire hésiter le praticien, en l'absence de toute déformat téomalacie et le scorbut, si, dans le dernier cas, la fétidité de l' de la bouche, la mollesse et la fongosité des gencives, l'ébranler

*scorbut*, du *cancer* ou de la *syphilis*, aussi bien que de l'ostéomalacie, en constatant le défaut absolu des signes du scorbut, du cancer, du rôle que l'on admettra l'ostéomalacie idiopathique, celle que Beylard, Osseau, Lasèque et Gubler, considèrent comme le rachitisme chez le cancer et la syphilis se distinguent de l'ostéomalacie en ce qu'ils ont la *fragilité* des os donnant lieu à des fractures par suite de causes locales, mais non à des déformations du squelette. De plus, un cancer local, des viscères, ou des signes extérieurs de syphilis constitutionnelles, donnent ordinairement l'éveil sur l'origine de la fragilité osseuse. On n'oubliera pas qu'il y a eu des faits exceptionnels, comme celui de Rocques-Poulain rapporté par Stanski, d'un cancer généralisé des os, manifeste dans d'autres organes; dans ce cas, la teinte jaune paille de la peau à l'état de dépérissement, était un très-bon signe pour soupçonner la cause des fractures successives qui survinrent.

L'ostéomalacie produit des *complications* qui dépendent de ce que le ramolissement à une époque avancée de l'affection, envahit la colonne vertébrale. On observe alors des *phénomènes nerveux* qui se manifestent par des *contractures*, des *paralysies partielles*, et une *exaltation extrême de l'irritabilité*; on y a joint, comme fait exceptionnel, l'*aliénation mentale*, on doit au moins hésiter à attribuer à l'ostéomalacie, comme l'a fait Gubler dans deux cas observés par lui (*Allgemein zeitschrift für Psychiatrie*, 1861). Il faut considérer comme complications indirectes les *pneumonies* et les affections ultimes qui surviennent ici comme chez les individus profondément débilités.

*Prognostic.* — L'ostéomalacie est aggravée par des grossesses successives. Elle a une terminaison fatale, surtout lorsqu'elle est entretenue par ses conditions hygiéniques.

**OTORRHÉE.** — 1° *Éléments du diagnostic.* — L'inflammation du conduit auditif externe, qui n'atteint le plus souvent qu'un côté, mais quelquefois les deux, et rarement les deux côtés successivement, est à l'état aigu par une *douleur* parfois prurigineuse au début, devenant très-intense avec les progrès de l'inflammation, et s'accompagne de *bourdonnements*, de *sifflements*, de *dureté de l'ouïe* du côté correspondant, d'un *gonflement de la muqueuse* qui peut aller jusqu'à oblitérer le conduit et de *rougeur*; après trois ou quatre jours survient l'écoulement d'une *odeur fétide*, fade, toute spéciale, dont l'apparition soulage de la douleur, mais qui quelquefois peut rester emprisonné derrière la muqueuse gonflée. La suppuration se prolonge au moins plusieurs jours, et la guérison, à moins que l'otite ne passe à l'état chronique. — Lorsque l'inflammation occupe l'oreille interne, la douleur est beaucoup plus vive, elle est à côté correspondant du crâne; la *surdité* est prononcée. En même temps on observe des symptômes fébriles (ils sont rares dans l'otite externe), parfois des *vertiges*, du *délire*, des *convulsions*, le tout cessant dès que le pus s'écoule. L'écoulement a lieu ordinairement, d'une manière brusque, par le conduit auditif, plus rarement par la trompe d'Eustache. Dans certains cas, l'écoulement se fait avec un bruit que les malades comparent à celui d'une *perle*, et qui provient de la rupture de la membrane du tympan. La suppuration est souvent fétide et rapidement suivie de guérison, peut quelquefois durer longtemps, et l'otite devenir chronique.

*Chronique*, appelée aussi *otorrhée*, est externe ou interne. Quand elle est externe, l'écoulement d'un pus jaunâtre, fétide ou non fétide, des

bourdonnements d'oreille et la dureté de l'ouïe, *sans douleur*, sont les symptômes importants que l'on observe. — Lorsqu'elle est interne, elle a pour symptôme principal l'écoulement purulent et plus ou moins abondant du conduit auditif, mais avec douleur permanente incommode, surdité, bourdonnements, sifflements dans l'oreille affectée. S'il y a perforation de la membrane du tympan, l'action de se moucher fait sortir, parfois avec bruit, par le conduit de l'oreille, l'air emprisonné dans le pharynx, que l'effort fait passer par la trompe d'Eustache dans la caisse du tympan.

2° *Inductions diagnostiques.* — Ce simple exposé des symptômes de l'otite aiguë et chronique, comprenant principalement des phénomènes locaux qui ont un siège tout particulier, démontre qu'il est facile de constater l'existence de cette affection, que confirme la constatation des causes qui l'ont produite. La cumulation de la matière cérumineuse chez les enfants, l'introduction répétée d'un cure-oreille, de corps étrangers, quelquefois des larves d'insectes vivants dans le conduit auditif, et enfin l'action du froid, sont les causes dont l'importance est le mieux établie.

Mais en dehors de l'otite primitivement due à des influences diverses, il y en a d'autres, est de *secondaires*, qu'il n'est pas très-rare de rencontrer, principalement chez les enfants, et qu'il ne faut pas perdre de vue. Telles sont les otites survenues dans le cours de l'affection typhoïde ou des fièvres éruptives, et celles dues à une lésion locale : à la carie ou à des tubercules développés dans le rocher temporal. Un écoulement purulent très-fétide, d'une durée de plusieurs mois ou de plusieurs années, précédé parfois d'une tumeur ou abcès au niveau de l'apophyse mastoïde, par où le pus se fraye un passage, et enfin une paralysie faciale due à l'altération du nerf facial baigné par le liquide purulent de l'oreille interne qu'il traverse, sont les signes de l'otite tuberculeuse chez les enfants.

La *paralysie faciale* est une complication remarquable de l'otite. Elle se développe graduellement ou subitement, à une époque déjà avancée de la maladie, après deux mois au moins; elle est plus ou moins évidente tantôt à l'inspection, et tantôt seulement lorsque l'enfant crie ou pleure (Barthez et Hall). La surdité peut aussi être une conséquence de l'otite avec ou sans rupture du tympan. Le sens du goût peut aussi être diminué. Brouardel, à qui l'on doit un bon travail sur les complications qui sont la conséquence de la carie et de la nécrose du rocher (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1867), a signalé en outre la migration du pus dans le crâne ou dans les parties voisines (cou, région temporale, etc.), où il forme des abcès; le sphacèle des régions temporale, parotidienne et auriculaire, avec oblitération des carotides (Causit); la thrombose des sinus; leur perforation et celle de la carotide interne, d'où une hémorrhagie plus ou moins grave (Jolly); des lésions des méninges cérébrale et spinale (*méningite cérébro-spinale*); et enfin les ramollissements du cerveau et du cervelet.

3° *Pronostic.* — On doit considérer la maladie qui m'occupe comme grave, si elle n'est suivie le plus ordinairement d'une guérison complète, à moins que l'otite soit symptomatique d'une lésion qui en fait alors toute la gravité.

**OUÏE.** — Voy. SENS.

**OVAIRES.** — Ces organes, profondément situés de chaque côté du bas-ventre, sont inaccessibles à l'exploration médiée par le palper abdominal et le toucher vaginal dans l'état sain.

L'inflammation (*ovarite*), les tumeurs, et en particulier les kystes, sont, avec les ruptures, les affections qui peuvent se montrer au niveau de l'ovaire. L'



out les kystes s'annoncent par des *tumeurs* qui deviennent sensation, et dont le volume, dans les cas de kystes, peut être assez pour envahir presque entièrement l'abdomen.

Les fonctions menstruelles sont bien connues, on a cherché à appliquer à la pathologie, la théorie de la ponte spontanée mensuellement à propos de la production des hématoécèles (p. 504); ce n'est pas encore fixée à cet égard (*Voy. OVARITE, RUPTURES,*

E. — Cette inflammation, rarement isolée de celle des autres annexes quand elle est puerpérale, se rencontre exceptionnellement en cette circonstance. Elle est d'ailleurs encore mal connue, surtout à l'état son diagnostic n'est possible que dans un certain nombre de cas. *ts du diagnostic.* — On a signalé comme symptômes locaux : une augmentation de volume dans la fosse iliaque correspondant à l'irradiation jusque dans les lombes et même dans les cuisses, parfois augmentée ou même insupportable par la palpation; au même volume d'un œuf de poule au plus, mobile ou fixe, pouvant être sentie de côté par le *toucher rectal*, et mate (qui, étant très-douloureuse, doit être pratiquée avec légèreté); cas enfin, une *constipation opiniâtre* produite par la compression sur l'intestin. Les *symptômes généraux* sont très-variables, surintensité.

*ons diagnostiques.* — La douleur locale et la tumeur peuvent être l'ovarite, mais il faut que, du côté de l'abdomen, la tumeur et, qu'à la palpation, elle *paraisse séparée de l'os des iles* (Valleix, si l'ovaire est tombé sur les parties latéro-inférieures de l'utérus, soit sentie par le toucher vaginal, dans l'un des culs-de-sac latéraux, celui qui correspond à la *fixité anormale de l'utérus*. Aran, particularités, a insisté sur la valeur du toucher rectal dans le toucher fait découvrir, en suivant les bords latéraux de l'utérus, tumeur arrondie ou ovalaire, tantôt immédiatement adhérente à tantôt seulement à une distance très-rapprochée de lui, mais poulter sous la pression, lisse à sa surface, un peu tendue et résistante d'une noix ou d'un petit œuf au plus, très-sensible à la pression l'utérus est à peu près indolent (*Leçons clin. sur les mal. de l'utérus*, p. 592).

ordinairement rapide et aiguë de l'ovarite n'offre aucune particularité être utilisée pour le diagnostic. Ses *causes* les plus manifestes, l'égale et l'état puerpéral, ne peuvent pas donner non plus d'écarts; car, dans le dernier cas, il y a d'autres organes voisins enflammés, et, s'il survient de la suppuration, ce qui arrive alors les signes sont ceux du phlegmon iliaque.

Parfois attribué à une ovarite imaginaire, selon Briquet, la douleur inférieure du muscle droit de l'abdomen qui survient dans l'hystérie diagnostic différentiel entre l'ovarite et l'inflammation des autres annexes, tout le monde est d'accord pour le considérer comme fréquemment, notamment celui de l'ovarite avec le *phlegmon de la fosse iliaque* le signe indiqué par Valleix permettrait seul de la distinguer. La suppuration ou d'abcès (dans la forme puerpérale), il peut survenir du foyer dans le rectum ou le vagin, ou, comme complication péritonéale.

L'ozène peut-il exister sans une lésion grave de la muqueuse parties voisines? Oui, suivant les auteurs qui admettent la *pseudomemps*, sorte de coryza chronique sans ulcération de la muqueuse, un point qui n'est pas encore éclairci, et qui doit être réservé aux observateurs n'admettent que provisoirement l'absence de lésion dans l'ozène, faisant remarquer que, si elle n'est pas constatée, à ce qu'elle est inaccessible à l'exploration, ou bien à ce que celle-ci est incomplète. Les ulcérations de nature diverse de la pituitaire sont les plus fréquemment observées, si bien que l'ozène a été dénommée de *rhinite ulcéreuse*, de *coryza ulcéreux*. L'existence d'une ulcération est manifeste dans les cas où il y a affaissement, crachats propres du nez, ou expulsion au dehors de portions nécrosées. Dans les autres cas, elle peut échapper à l'attention si l'exploration n'est minutieusement faite tant par l'inspection directe que par l'emploi du spéculum conseillé par J. J. Cazenave (*Voy. NASES* [Régions]).

L'ozène symptomatique s'observe dans quatre conditions principales : la scrofule, la syphilis, le cancer ulcéré, et certains cas de fongus nasales.

C'est principalement à l'affection *strumeuse* et à la *syphilis* qu'on trouve en présence d'un ozène constaté. Mais ce n'est pas à l'aide de ces signes qu'il faut chercher à établir l'une ou l'autre de ces origines. Il n'y a aucune différence sensible, en effet, entre les symptômes locaux de l'ozène et ceux de l'ozène non syphilitique. De part et d'autre, il peut y avoir les plus graves, déformation de la racine du nez, nécrose avec extension à travers la peau ou la muqueuse, affaissement consécutif et cicatrisation, ophthalmie et épiphora si le mal envahit le sac lacrymal. C'est dans l'examen des antécédents et dans l'examen des autres parties du corps qu'il faut chercher les éléments différentiels du diagnostic : pour les *scrofules*, le développement des ganglions cervicaux, dans les abcès, l'ophthalmie

ou sans altération primitive des os du nez, tandis qu'il n'existait qu'une formation de la pituitaire déterminée par des calculs, dont l'expulsion ou l'action ont été suivies de la disparition des accidents.

Malgré l'ulcération profonde des parties qui survient quelquefois dans l'ozène aleux ou syphilitique, malgré la nécrose et l'élimination des os propres du la maladie guérit habituellement. Il en est de même des calculs. Il va sans que l'ozène cancéreux est incurable.

**ACHYDERMATOCÉLE.** — Selon Valentine Mott, de New-York, qui a étudié cette affection congénitale de la peau et des tissus sous-jacents, on la traite d'abord à une tache brunâtre, s'accroissant avec l'âge, puis se transformant en difformités hideuses dues à des plis superposés brunâtres, molles (comme une glande mammaire relâchée et très-maigre), avec diminution de la sensibilité à leur niveau (*Méd.-chir. transact.*, 1855). Ces taches brunâtres avec anesthésie, ces difformités avec hypertrophie de la peau ont fait faire penser que l'observateur américain n'a pas eu affaire à une affection nouvelle, mais à la *lèpre des Grecs* (*Voy. ces mots*).

**PACHYMÉNINGITE.** — A propos de l'hémorrhagie méningée cérébrale (1860), j'ai rappelé que, pour un certain nombre d'observateurs, cette hémorrhagie était l'effet de la rupture de vaisseaux fragiles développés dans des néo-membranes, et que ces néo-membranes étaient la conséquence d'une inflammation chronique nommée *pachyméningite* par Virchow. On doit à Charcot et Vulpian, qui ont soutenu cette opinion, un excellent travail sur cette question intéressante (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1860). Si l'explication de l'hémorrhagie est nouvelle, il n'en est pas de même des néo-membranes. Elles ont été signalées dès 1827 par Bayle et Calmeil, chez les sujets atteints de méningite chronique ou paralysie générale, et plus tard par Cruveilhier. Heschl le premier (*Path. anat.*, 1855) précisa leur mode de formation (production de tissu connectif sur la surface interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde); et l'année suivante (1856), Virchow en a donné une description plus complète en plaçant le siège de l'inflammation dans la dure-mère, d'où le nom de *pachyméningite*.

En résumé, du point de vue clinique, quelle que soit l'opinion que l'on ait du siège anatomique de la lésion, il est important de connaître les signes qui en dépendent et ceux que pour prévoir l'invasion soudaine de l'hémorrhagie méningée qui en est la grave complication. Il s'agit ici d'une affection à longues périodes, se développant vaguement chez des sujets déjà malades et chez lesquels paraît évidente la relation entre les symptômes et la lésion n'offre pas une netteté suffisante pour établir un diagnostic précis.

Enfin, d'après le travail de Charcot et Vulpian et le Mémoire de Lancereaux sur les hémorrhagies méningées (*Arch. de méd.*, 1862 et 1863), comment on peut établir le diagnostic de la *pachyméningite*.

Au début, l'affaiblissement de l'intelligence, une céphalalgie plus ou moins vive, l'assoupissement, la faiblesse des membres, sont les symptômes qui précèdent de la *pachyméningite*, et qui caractérisent principalement l'affection pendant son cours. A des recrudescences dans le travail subinflammatoire, dont la dure-mère et les pseudo-membranes sont le siège, et à des congestions sanguines dans leur voisinage, répondent des *attaques de pertes de connaissance* observées dans un certain nombre de cas. Parfois une *paralysie* se montre, due à l'hyperémie, ce qui explique la mobilité et le déplacement de la perte des mouvements; mais ce qu'il y a de plus remarquable, ce sont les *symptômes apoplectiques* de la dernière période de la maladie, qui résultent de l'irruption plus ou moins brusque du sang entre les lames de la

néo-membrane ou dans la cavité arachnoïdienne (hémorrhagie méningée); symptômes, on le conçoit, varient suivant le plus ou moins d'abondance de l'épanchement, qui devient la maladie principale (Voy. HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE, p. 500).

2° La première condition dont il faut tenir compte pour diagnostiquer la pachyméningite, c'est l'état dans lequel se trouve déjà l'individu lorsqu'on lui découvre les symptômes de cette affection. On a signalé la démence, la paralysie générale et l'alcoolisme comme précédant le plus souvent son apparition. Une céphalalgie ordinairement longue, avec vertiges et étourdissements, suivie d'une somnolence, de torpeur profonde, avec contraction des pupilles sans strabisme, annoncent le développement de la pachyméningite, dont l'évolution lente est caractéristique. — Les affections avec lesquelles on peut la confondre à une certaine période sont, suivant Lancereaux, certaines *céphalalgies syphilitiques*, la *néo-athéromateuse* des artères de l'encéphale, la *méningite tuberculeuse*, les *céphalalgies anémiques* ou nerveuses. Mais il semble peu important de discuter ce diagnostic différentiel, la pachyméningite étant caractérisée, en dehors de ses complications, par des troubles et surtout un affaiblissement intellectuel permanents, qui ne se rencontrent pas dans les affections que je viens de rappeler. Les complications, qui viennent s'ajouter aux phénomènes dont il a été question, confirment le diagnostic. Ce sont : des congestions avec attaques de délire, de connaissance et paralysies temporaires et mobiles; et des hémorrhagies dans l'épaisseur des néo-membranes et surtout dans la grande cavité arachnoïdienne. — On peut considérer ces complications et les symptômes qui les précèdent comme des degrés différents de la lésion intra-arachnoïdienne. La formation rapide des néo-membranes peut-elle s'accuser par des symptômes particuliers? Rien ne le prouve jusqu'à présent, malgré l'exposé sémiologique qu'a tenu à faire le docteur Aug. Voisin (Voy. p. 501).

3° Le pronostic de la pachyméningite est grave; mais la guérison, d'après certains faits connus, ne paraît pas impossible. La gravité ressort du même des lésions, de l'abondance des épanchements hémorrhagiques, de la soudaineté, et de celle de la compression du cerveau.

**PALPATION.** — On doit comprendre sous cette dénomination tous les moyens d'exploration immédiats ou médiats qui ont pour but de recueillir des données diagnostiques appréciables par le toucher.

Ces moyens sont directs ou indirects. Les premiers se rapportent à la *palpation proprement dite*; à la *pression* extérieure avec l'une des mains ou les doigts, ou avec un seul doigt; au *toucher* plus profondément exercé dans la bouche, l'entrée du pharynx jusqu'à la glotte, et enfin dans la profondeur du vagin, du rectum. Les moyens indirects comprennent les *stylets*, *sondes* ou *instruments* introduits dans l'œsophage, dans le larynx, dans la vessie, le vagin, l'utérus, le rectum, et dans les ouvertures ou canaux accidentels, dont on connaît ainsi la direction et l'aboutissant anatomique.

La palpation directe, appliquée aux parties extérieures, constate l'anesthésie ou l'hyperesthésie, et notamment les foyers de douleurs névralgiques, les irritations de la peau ou des muqueuses accessibles, leurs saillies et leurs rugosités, la flaccidité ou la fermeté des chairs, l'œdème, l'emphysème superficiel et les pulsations du poulx.

À la poitrine, l'application de la main perçoit les battements du cœur ou sa pointe, les frôlements, les frémissements vibratoires de cet organe ou des tumeurs anévrysmales, la sensation de succussion, les frottements pleuraux ou péricardiques, les vibrations vocales, et, pendant la percussion, la

lasticité ou de résistance des parties sous-jacentes au doigt percuté. La palpation sert en outre à l'exploration des viscères de l'abdomen et des tumeurs qui s'y développent; elle révèle souvent leur degré de sensibilité, leur étendue et leur forme, leur mobilité ou leur fixité, leur consistance, leur élasticité, leur fluctuation, et le passage, dans une autre cavité, de l'air ou de la pression refoule. J'ai rappelé soit au mot ABDOMEN (p. 10) soit à l'article des divers organes, et au mot TUMEURS, les services que peut rendre la palpation immédiate ou médiate; des redites seraient inutiles. Je rappellerai seulement que, pour la palpation abdominale, le malade doit être couché sur le dos, les jambes et les cuisses étant maintenues demi-fléchies, la tête relevée par les bras, et les muscles dans un complet relâchement, ce qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir. La palpation abdominale est rendue plus difficile par la sensibilité exagérée ou par l'épaississement accidentel des parois du ventre (embarras, œdème, phlegmons), ou par une ascite; tandis qu'elle est au contraire facilitée par la flaccidité de ces parois par suite de la maigreur ou de grossesses avancées, ou bien après la paracentèse.

**PALPATIONS.** — Les battements exagérés du cœur qui caractérisent les palpitations sont quelquefois visibles au niveau de la région précordiale, les parois sont soulevées dans une étendue plus ou moins grande. Le plus souvent les battements du cœur, dont le malade a conscience, se font sentir en appliquée à la région du cœur, ou bien soulèvent l'oreille ou le bras de l'observateur.

Les *conditions pathologiques* des palpitations, il n'en est aucune dans lesquelles ce symptôme soit pathognomonique. Il faut chercher ces conditions dans les affections du cœur ou du péricarde, dans un simple état fébrile, dans les maladies des organes respiratoires, ou dans un état nerveux secondaire.

La *péricardite*, la *péricardite*, les *rétrécissements* des orifices du cœur, la *sténose* simple, habituellement rencontrée comme complication de la *pneumonie*, et plus rarement les *insuffisances*, sont les affections dans lesquelles on rencontre les palpitations comme symptômes. Elles ont pour caractère de revenir par accès dans la *péricardite* aiguë. Les palpitations surviennent dans la première période de l'*asphyxie*, par le fait de la *fièvre*; mais celles qui donnent souvent lieu à des interprétations erronées sont les suivantes.

Les *palpitations nerveuses* sont extrêmement fréquentes, indépendamment de la *fièvre* qu'elles produisent accidentellement la marche rapide et les émotions violentes sont le plus souvent liées à des *anémies* de cause diverse, parmi lesquelles la plus singulière est la *CACHEXIE* dite *exophthalmique* (Voy. p. 160). Les palpitations nerveuses secondaires se rencontrent encore dans les *DYSPEPSIES* avec des *entozoaires* des voies digestives, et dans des *névroses* diverses, comme dans l'*hystérie* et l'*état nerveux*.

**DÉVIATIONS (Maladies).** — Voy. INTERMITTENTES (Affections).

**PANCRÉAS, PANCRÉATITE.** — Cet organe a non-seulement pour fonction de présider à la digestion des matières azotées laissées intactes par le suc pancréatique, comme l'a si bien démontré L. Corvisart, mais encore de transformer le sucre, et d'émulsionner, par le suc qu'il sécrète, les matières grasses des aliments qu'il rend aptes à être absorbées par l'intestin. Or, la connaissance de ce dernier fait physiologique et la manière dont se fait la sécrétion pancréatique sont les deux particularités les plus utiles au diagnostic des maladies du pancréas.



L'inflammation aiguë (*pancréatite*), le **CANCER**, les **calculs**, les **kystes**, et les **flux** de cet organe constituent toute sa pathologie.

Le diagnostic de la pancréatite, étudiée par Bécourt (*Thèse*, Strasb., 1830) et Mondière (*Arch. de méd.*, 1836), est fort difficile, parce que ses symptômes sont rarement isolés. Ils consistent en une *douleur épigastrique* s'irradant vers l'hypochondre droit, en une *diarrhée* de matières ressemblant à de la salive, peut-être avec *tension du ventre*. Un antécédent important à noter dans les faits observés, c'est que, dans tous, la maladie était due à l'usage du mercure. Mais pour tirer parti de ce fait, il faudrait soupçonner l'existence de la pancréatite; or, la constatation des matières comme salivaires des garde-robes pourrait seule en donner d'abord l'idée, si l'on n'en était pas détourné par les symptômes inflammatoires dont le foie et l'estomac sont aussi le siège. La formation d'un abcès pancréatique s'ouvrant dans l'estomac, comme on l'a observé (Fauconneau-Dufresne, *Union méd.*, 1847), n'est guère faite pour éclairer le diagnostic, qui ne saurait être que soupçonné. — La *pancréatite chronique* donnerait lieu à une salivation continuelle, selon Mondière.

Cette *salivation* d'une matière salivaire transparente, comme sirop, rendue par expuition, la *présence dans les selles de matières grasses* non émulsionnées (par défaut de suc pancréatique), signe indiqué depuis longtemps par Bright, et constaté par Cl. Bernard, Eisenmann (de Prague), Lussan, Geoffrey Marston, etc., et enfin l'*amaigrissement*, sont les signes principaux des autres affections du pancréas. Mais je dois dire que ces signes ne sont pas constants et que l'obscurité du diagnostic est d'autant plus grande que l'organe n'est pas accessible à l'exploration par le palper épigastrique, dans l'état sain et que, dans le cas où il se forme une tumeur, celle-ci est facilement prise pour une tumeur de l'estomac (*Voy. CANCER du pancréas*, p. 178).

**PAPULES, PAPULEUSES** (Maladies). — Les petites saillies pleines et fermes, acuminées ou aplaties, rosées ou sans changement de couleur de la peau, qui constituent les papules cutanées, et que l'on rencontre quelquefois aussi au niveau de certaines muqueuses visibles, doivent être envisagées d'une manière générale au point de vue du diagnostic.

En dermatologie on ne comprend que le strophulus, le lichen et le prurigo dans les affections papuleuses; mais le clinicien rencontre souvent des papules en dehors de ces trois états morbides. — Les taches rosées de l'abdomen observées dans la fièvre typhoïde sont quelquefois assez proéminentes pour constituer des papules rosées. — Dans certaines fièvres éruptives au début de l'éruption, comme dans la rougeole et la variole, les papules de l'éruption donnent quelquefois lieu à des erreurs de diagnostic. La *rougeole* dite *bouillonneuse* peut, en effet, être caractérisée par des papules discrètes plus ou moins rapprochées qui ressemblent à l'éruption d'abord papuleuse de la *variole*; j'ai vu prendre pour une varioloïde une éruption généralisée (quoique relativement discrète) de taches rosées dans un cas de fièvre typhoïde; cependant le fait est très-rare.

Il est clair que de pareilles erreurs ne peuvent se commettre que par suite d'un examen incomplet, et sans que l'on tienne un compte suffisant des prodromes et de l'ensemble des phénomènes morbides, à moins que ces phénomènes soient incomplets ou mal accusés, ce qui se voit assez souvent dans les maladies fébriles à leur début. L'hésitation est alors naturelle. Quant à la rougeole, elle a un caractère précieux qu'il ne faut pas négliger, c'est l'existence de papules à l'isthme du gosier, où elles se montrent souvent, alors qu'elles ne sont pas encore suffisamment accusées à la face.



STROPHULUS, le LICHEN simple ou syphilitique (*Voy. SYPHILIDES*), la *phthiriasis*, il existe une affection cutanée que je dois rappeler ÉRYTHÈME dit *papuleux*, quoique les saillies en, soient souvent malades.

**CENTÈSE.** — *Voy. PONCTIONS.*

**LYSIES** (en général). — On sait que l'on comprend sous le titre non-seulement la diminution ou l'abolition de la myotilité dans la vie animale ou de la vie organique, mais encore la diminution ou des fonctions sensoriales, dont il a été question ailleurs (*Voy. ANESTHÉSIE, GOUT, SURDITÉ*). Gubler a insisté avec raison sur la nécessité de distinguer la paralysie réelle de l'asthénie ou de l'adynamie. La paralysie est pour lui « la diminution ou l'abolition des facultés de sentir, de vouloir, ayant pour cause immédiate des troubles fonctionnels, avec lésion apparente, d'une ou de plusieurs parties de l'appareil sensitivo-moteur » (*Arch. de méd.*, 1861, t. XVII, p. 333).

Il s'agit ici d'une question que des paralysies du mouvement.

Les paralysies sont tantôt un symptôme, et tantôt une véritable maladie. Elles se présentent dans des conditions si variées, que leur diagnostic est fréquemment une question clinique des plus complexes, quoique très-souvent le fait de la paralysie généralisée ou localisée puisse se présenter immédiatement au médecin comme une donnée bien définie. Cette complexité m'oblige à traiter le diagnostic des paralysies considérées en général, avant de les examiner sous un point de vue le plus pratique, celui de leur généralisation ou de leur localisation, ce qui sera fait dans deux articles particuliers.

Les paralysies qui surviennent au niveau des muscles soumis à la volonté sont les plus caractéristiques des paralysies de la myotilité.

La simple inspection des parties envahies peut faire souvent soupçonner la paralysie. Tantôt c'est simplement l'*attitude* des membres, leur position *pendante* d'un membre, qui met sur la voie du diagnostic; tantôt la diminution relativement prononcée du *volume* des membres, des os, des tendons, des muscles isolés ou même de simples faisceaux de muscles; d'autres fois c'est la difficulté particulière qu'éprouve le malade à effectuer certains mouvements, ou bien enfin ce sont des *déformations* dues à l'absence d'action tonique et prépondérante des muscles sains, antagonistes des muscles paralysés.

La sensibilité des parties atteintes de paralysie est fréquemment diminuée ou même abolie, ce qui explique que la paralysie s'accompagne rarement de douleurs locales. La sensibilité électro-musculaire est d'ailleurs diminuée ou affectée dans les paralysies, car elle est tantôt conservée, tantôt abolie, et tantôt exaltée : conditions dont on a tiré parti pour le diagnostic.

Les *symptômes fonctionnels* sont manifestement les plus importantes des signes diagnostiques. Ils comprennent avant tout la diminution ou l'abolition de la myotilité volontaire ou involontaire. Les stations et mouvements de marche, la préhension des objets, le regard, l'articulation des mots, l'écoulement des larmes, les sons, la déglutition, la respiration, l'expulsion des matières intestinales, sont particulièrement affectés dans les paralysies. Mais ce qui est toujours beaucoup plus facile de diagnostiquer la diminution ou l'abolition de la fonction motrice des muscles volontaires que celle des muscles des organes internes. Il suffit, en effet, que le malade ne puisse effectuer d'une manière absolue, ou qu'il effectue seulement d'une manière

incomplète, les mouvements qu'il désire exécuter ou qu'on lui prescrit, par les paralysies des muscles de relation soient aisément constatées, à la condition toutefois d'éviter les causes d'erreurs qui seront rappelées tout à l'heure, que les paralysies des muscles de la vie organique se révèlent par des troubles fonctionnels auxquels ces muscles participent, troubles très-variés suivant les organes, et qu'il n'est pas toujours facile, comme on le verra plus loin, de porter à leur véritable cause.

D'autres éléments de diagnostic au niveau des parties paralysées, principalement des membres, résultent, dans certains cas, de l'abaissement manifeste de leur température, de la faiblesse ou de l'anéantissement presque complet de la circulation, de la sécheresse de certaines muqueuses (conjonctive), de la sécheresse de la peau qui peut devenir squameuse dans les paralysies chroniques, de l'infiltration œdémateuse des membres paralysés, de l'incontinence de la rétention des excréments intestinaux ou vésicaux, de l'excrétion d'urine vive, etc.

Enfin, outre l'inspection dont j'ai parlé plus haut, on peut encore tirer de l'exploration des muscles par la palpation qui juge de la flaccidité du volume de ceux qui sont affectés, et de l'emploi de l'électrisation locale qui fournit des signes que j'ai rappelés ailleurs (p. 324), et sur lesquels je reviens à revenir.

J'ai dit que la constatation des paralysies des muscles de la vie animale n'est pas facile. Mais il y a quelques restrictions à faire à cette règle, car il y a des cas pathologiques qui rendent les mouvements difficiles ou impossibles, et qui ne sont pas des paralysies, mais des *pseudo-paralysies*. J'ai appelé déjà l'attention sur ce point à propos de la MYOTILITÉ (p. 660), mais je dois revenir à cette question et la compléter.

La vraie paralysie est simulée, en effet, par l'immobilisation d'un membre, suite de lésions articulaires ou osseuses, ou de douleurs locales empêchant les mouvements, ou bien par une *contracture* permanente : il me faut rappeler ces causes d'erreur, trop grossières pour être méconnues. Ce n'est pas l'existence d'une contracture ne devra pas faire rejeter absolument l'idée de paralysie, car la contracture se montre quelquefois au niveau d'un membre paralysé. Des difficultés d'appréciation plus délicates peuvent se présenter lorsqu'il y a défaut de coordination des mouvements simulant un affaiblissement paralytique; ou lorsque l'individu, par le fait d'une perte de conscience ou d'un état comateux, présente une immobilité générale qui peut être prise pour une paralysie; ou bien enfin lorsqu'il y a abolition, non de la myotilité, mais du sentiment d'activité musculaire, c'est-à-dire une *anesthésie* spéciale des muscles.

Il est très-important de tenir compte de ces diverses particularités, la dernière, décrite ailleurs (Voy. p. 62), fait que le malade ne peut exécuter certains mouvements musculaires qu'à la condition d'en suivre des yeux l'accomplissement.

Lorsque la paralysie est simulée par un défaut de coordination des mouvements, comme dans certaines paralysies généralisées ou dans les faits pris par Duchenne sous la dénomination d'*ataxie locomotrice progressive* (Voy. p. 105), les mouvements sont incomplets, irréguliers, saccadés; la main ne serre pas avec moins de force qu'à l'ordinaire; les membres inférieurs supportent le poids du corps sans fléchir, et, s'il y a des chutes, c'est parce que les mouvements de locomotion sont mal exécutés, et non parce qu'ils manquent d'énergie. Il ne faut pas oublier cependant qu'un véritable affaiblissement musculaire

peut coïncider quelquefois avec ce défaut de coordination des mouvements  
maires.

La paralysie peut n'être qu'apparente dans les cas de *perte de connaissance*,  
*coma*, dans une profonde *ivresse*, dans le *narcotisme*, dans une violente  
*pression du cerveau*. On conseillait de pincer ou de piquer les membres  
pour s'assurer de leur sensibilité et surtout de leur faculté motrice. Mais les  
mouvements qui se manifestent en pareil cas, sous l'influence de l'excitation,  
sur un membre d'abord immobile, ne prouvent pas qu'il y a absence de para-  
lyse, mais seulement que les mouvements réflexes automatiques sont conservés,  
et que la sensibilité cutanée n'est pas abolie. Quand cette sensibilité cutanée  
est éteinte, les mouvements réflexes, nuls par la piqure ou le pincement, peuvent  
être provoqués par l'excitation électrique des muscles.

Les *antécédents*, qui comprennent les causes, l'invasion et l'évolution des  
phénomènes paralytiques, constituent des particularités de la plus grande valeur.  
L'apparition subite ou graduelle de la paralysie, soit seule, soit avec d'autres  
phénomènes plus ou moins nombreux, et principalement avec ou sans symptô-  
mes cérébraux, l'état stationnaire ou progressif des phénomènes, leur fixité ou  
extension graduelle, donnent à la paralysie une diversité d'allures dont il  
est grandement tenu compte.

Pour décider à quelle paralysie on a affaire, il faut avoir présente à l'es-  
prit la nomenclature méthodique des espèces qui ont été jusqu'à présent con-  
nues. Or, pour en arriver à se prononcer sur ce point difficile, il faut songer  
sérieusement aux paralysies dues à des lésions matérielles des *centres ner-  
veux*, des *nerfs*, des *muscles* ou des *troncs vasculaires*; et, en cas d'exclu-  
sion aux paralysies sans lésions appréciables, dites dynamiques, nerveuses,  
etc., et parmi lesquelles il faut admettre des paralysies *symptoma-  
tiques* ou secondaires, et des paralysies *idiopathiques* ou primitives.

Il nous reste à dire quels sont les groupes de caractères qui, pendant la vie, peuvent per-  
mettre de formuler le diagnostic des paralysies comprises dans ces trois caté-  
gories.

### Paralysies par lésions anatomiques.

Les lésions, ai-je dit, peuvent occuper les centres nerveux, les nerfs, les mus-  
cles ou les troncs vasculaires. Mais je dois faire d'abord observer qu'au lit du  
malade il n'est pas toujours possible d'utiliser les faits d'anatomie pathologique  
scientifiquement établis pour l'origine matérielle d'un grand nombre de para-  
lysies. La constatation de la lésion n'est possible que dans deux conditions : lors-  
qu'une lésion est appréciable à nos moyens investigateurs, ou bien lorsque,  
bien que profonde (comme pour le cerveau et la moelle), des symptômes particu-  
liers correspondent à des altérations spéciales. Or, il n'en est pas ainsi dans  
les faits de lésion qui sont des causes de paralysie. C'est là un premier  
facteur d'obscurité diagnostique pour un certain nombre de faits, obscurité d'au-  
tant plus regrettable qu'il serait de la plus grande importance de ne pas consi-  
dérer une paralysie due à une lésion anatomique du *cerveau*, ou de la *moelle*,  
des *nerfs*, ou des *muscles*, comme une des paralysies sans lésions dont il  
s'agit plus loin, et qui sont généralement bien moins graves que celles  
qu'on rattache à des lésions matérielles.

#### PAR LÉSIONS CÉRÉBRALES.

Il y a lieu de penser que la paralysie est due à une lésion aiguë du *cerveau*  
(hémorragie, ramollissement, plus rarement congestion) lorsqu'elle débute  
brusquement; lorsqu'elle se limite à une moitié latérale du corps; lorsqu'elle  
persiste une fois développée (sauf dans les cas de simple congestion);



lorsqu'elle s'accompagne de troubles intellectuels (perte de connaissance, coma, délire), parfois de contracture. S'il s'agit d'une lésion chronique (tumeurs, indurations, kystes généralement séreux), il se joint à une céphalalgie parfois très-intense des troubles intellectuels, ou du côté des sens (le plus souvent un affaiblissement de l'intelligence), des convulsions épileptiformes, des spasmes.

Il y a malheureusement des exceptions à ces généralités, qui sont cependant applicables à un grand nombre de faits; mais dans les cas douteux, l'électrisation des parties paralysées fournit un signe précieux indiqué par Duchenne (de Boulogne), qui a tant fait pour élucider l'étude des paralysies (*De l'Électrisation localisée*, 2<sup>e</sup> édition, 1861), et que j'aurai souvent à citer dans cet article. Ce signe, c'est la *conservation de la contractilité* et de la *sensibilité électriques*. Ce signe n'a sans doute rien d'absolu, puisqu'on le retrouve avec d'autres paralysies, mais les phénomènes concomitants ou les antécédents suffisent ordinairement ici, pour lui donner sa vraie signification.

Lorsque la paralysie, déjà ancienne, sera consécutive à des accidents cérébraux dont elle sera la seule conséquence, la recherche et la constatation de ces accidents antérieurs viendront faire soupçonner sa véritable origine, que l'on pourra affirmer en constatant une atrophie générale uniforme des parties frappées de paralysie, et la conservation de la contractilité électrique des muscles. L'absence de toute diminution de volume d'un membre, comparé à celui du côté opposé, fera facilement reconnaître une paralysie simulée comme j'en ai constaté un exemple remarquable dans les derniers temps.

#### 2<sup>e</sup> PAR LÉSIONS DE LA MOELLE.

Une douleur au niveau d'un point fixe du rachis, l'absence de troubles intellectuels, le siège habituel de la paralysie et son apparition simultanée aux deux membres inférieurs, et souvent au rectum et à la vessie, avec troubles très-graves de la respiration et extension de la paralysie aux membres supérieurs si la lésion occupe les parties supérieures de la moelle, enfin l'affaiblissement ou l'abolition de la contractilité électrique et de la sensibilité des muscles paralysés : tels sont les signes qui pourraient faire admettre qu'il existe une altération de la moelle épinière.

Mais ici, plus encore que pour les lésions cérébrales, on est exposé à croire à l'existence d'une lésion qui n'existe pas (*Voy. plus loin PARAPLÉGIES*). L'abolition de la contractilité électrique n'a pas ici malheureusement la même valeur que sa conservation pour les lésions cérébrales; car on retrouve cette abolition de la contractilité électrique dans plusieurs autres genres de paralysies dont il va être question. On doit seulement noter que, dans les lésions de la moelle, la sensibilité musculaire électrique est détruite en même temps que la contractilité, tandis que cette sensibilité est le plus souvent conservée ou exaltée dans des paralysies d'une autre origine, comme celles qui sont dues à l'influence du froid.

#### 3<sup>e</sup> PAR LÉSIONS DES NERFS.

Une paralysie limitée à la zone anatomique des ramifications d'un tronc nerveux doit par cela même faire rechercher s'il n'existe pas une lésion, soit traumatique, soit spontanée, du nerf. Une *inflammation des parties voisines*, une compression par une *tumeur* ou par une *lésion des os* que le tronc nerveux traverse, peuvent quelquefois être constatées ou du moins fortement soupçonnées. En cas de doute, il ne faut pas oublier que la limitation de la paralysie aux muscles placés sous la dépendance d'un seul nerf peut exister sans lésion matérielle, comme on le verra dans le cours de cet article. Cette délimitation

mique est fort importante à constater, car elle permet de distinguer l'absence de la contractilité et de la sensibilité musculaire, qui a lieu d'un seul côté dans ces paralysies, du même signe que l'on retrouve des deux côtés dans les lésions de lésion médullaire.

Les recherches histologiques ont signalé dans les nerfs périphériques des lésions, observées dans les paralysies partielles ou généralisées, sembleraient jeté un jour nouveau sur ces paralysies et avoir restreint beaucoup le nombre de celles qu'on a considérées comme essentielles ou idiopathiques. Jaccoud (*Leçon de clin. méd.*, 1867), les nerfs périphériques sont atteints d'atrophie lorsqu'il survient en quelques jours une *atrophie précoce* des muscles avec diminution puis perte de leur *contractilité électrique*, ce qui s'explique parce que la lésion du nerf équivaut à une séparation complète entre le nerf et la moelle. Cette *atrophie nerveuse progressive*, caractérisée par l'atrophie et la prolifération conjonctive au niveau des nerfs, se produirait dans l'un de ces trois conditions : 1° par *traumatisme ou compression*; 2° par *inflammation*, quand les organes centraux ou terminaux des nerfs ont cessé de fonctionner; 3° *spontanément* ou d'emblée.

Le cadre de cette atrophie nerveuse progressive serait fort large, ce qui simplifierait beaucoup la nosologie si complexe des paralysies, puisqu'on devrait y rattacher la paralysie générale spinale de Duchenne, la paralysie ascendante aiguë de Landry, etc. « Une paralysie disséminée qui, dans l'espace de douze jours, altère la nutrition des muscles, en diminue la contractilité, et abolit le mouvement réflexe en même temps que le mouvement volontaire, une telle paralysie ne peut pas être localisée ailleurs que dans les nerfs rachidiens » (15<sup>e</sup> leçon). Jaccoud admet cependant que les mêmes effets peuvent résulter de la désorganisation complète de la moelle, mais qu'il n'y a pas de dissémination des symptômes. De plus, la dissémination de la paralysie dans les quatre membres peut avoir lieu avec une lésion de la moelle cervicale diffuse, mais les muscles sont alors peu à peu atrophiés, et ils ont perdu leur contractilité; il y a conservation des mouvements réflexes, douleurs lombo-lombaires avec des paroxysmes douloureux, incontinence d'urine et matières fécales, et forme régulièrement paraplégique de la paralysie des membres inférieurs (16<sup>e</sup> leçon). Enfin, de l'aveu de Jaccoud, il y a parfois coexistence de lésions de la moelle et de l'atrophie des nerfs rachidiens.

On ne peut donc nier cette atrophie nerveuse spontanée, considérée comme cause de paralysie disséminée, atrophie progressive décrite déjà par Duménil, de Paris (*Gaz. hebdom.*, 1866), sous la dénomination de *névrite ascendante*, mais on ne peut pas admettre que la distinction des faits qui s'y rapportent soit facile à faire qu'on le croirait au premier abord. Cette atrophie rapide des nerfs, qui répond à celle des muscles, comme un signe d'importance capitale, ne survient pas le temps de se produire avant que la mort survienne. Que devient alors la caractéristique de cette affection?

#### PAR LÉSIONS MUSCULAIRES.

En ce qui concerne ces paralysies par lésions musculaires, elles sont plus faciles à reconnaître, puisque leur diagnostic se résume dans celui de quatre affections des muscles : la MYOSITE, qui est une affection très-rare; — l'*atrophie musculaire* de Jules Guérin, qui donne lieu à des difformités ou à des rétractions permanentes (pied-bot, torticolis, strabismes); — l'*ATROPHIE graisseuse* localisée ou généralisée des muscles, dont il a été question dans un article précédent, d'où résulte une diminution progressive des fibres des muscles atteints, avec suite un degré d'affaiblissement de la contractilité et de la sensibilité.



électro-musculaires proportionnel à la destruction de ces fibres; — et enfin paralysie musculaire dite *pseudo-hypertrophique*, affection curieuse dont m'occuperai plus loin (*Voy.* p. 729).

##### 5<sup>e</sup> PARALYSIES GÉNÉRALISÉES PAR OBLITÉRATIONS ARTÉRIELLES.

Enfin un membre peut perdre la faculté de se mouvoir et de sentir suite de l'oblitération de son artère principale, comme l'a signalé Abercrombie (*Maladies de l'encéphale*, trad. par Gendrin, 1835). C'est à tort que Gendrin rejette l'existence de cette paralysie (*ibid.*, p. 414), car la manœuvre dont s'effectue l'affaiblissement musculaire importe peu, cliniquement parlant, il suffit que l'affaiblissement ou l'abolition de la myotilité soit réelle pour qu'il y ait paralysie, paralysie particulière puisqu'elle est limitée aux muscles qui reçoivent le sang de l'artère oblitérée. C'est avec raison que Barnier, dans sa thèse d'agrégation sur les *paralysies musculaires* (1860), a défendu la légitimité de ces paralysies par oblitération artérielle. Cette oblitération en est la cause, ainsi que l'ont démontré Longet et Brown-Séquard par des ligatures temporaires de l'aorte produisant des paralysies également temporaires.

Les paralysies dues à cette cause anatomique sont facilement reconnaissables à ce que la diminution ou l'abolition de la contraction musculaire coïncide avec des phénomènes d'oblitération artérielle, c'est-à-dire ordinairement avec la gangrène. H. Bourdon a fait connaître un fait unique en ce genre; c'est la *paraplégie avec gangrène diffuse* des deux membres inférieurs par oblitération simultanée des artères iliaques par des embolies artérielles (*Soc. méd. hôp.*, décembre 1866). Cependant il peut arriver que la gangrène fasse défaut quand il y a seulement gêne de la circulation. C'est ce qui arrive avec la lésion dénommée *artérite noueuse* en Allemagne, et qui est caractérisée par des épaississements circonscrits des parois artérielles (prolifération des cellules de la tunique moyenne), d'où résultent des dilatations et des diminutions alternatives du calibre des artères. L'obstacle à la circulation du sang entraîne une paralysie générale rapide, fébrile, avec douleurs musculaires intenses, et la présence sous la peau de petites tumeurs qui sont des nodosités artérielles (*Ann. de méd. de Lyon*, 1867).

## II. Paralysies symptomatiques sans lésions.

Lorsque les particularités relatives à la paralysie observée ne permettent pas de la rapporter à une lésion cérébrale, médullaire, des nerfs, des muscles, des artères, et dont il vient d'être question, il se présente une première et grande difficulté : c'est de décider qu'il n'existe pas réellement une de ces lésions latentes sans les phénomènes accessoires caractéristiques qui la font habituellement reconnaître. Il ne peut sans doute y avoir d'embarras, ni pour les oblitérations vasculaires, ni pour l'atrophie musculaire; mais l'hésitation est permise lorsqu'il existe des tumeurs latentes ou profondes, comprimant certains troncs nerveux, à plus forte raison une lésion cérébrale sans troubles intellectuels évidents, et surtout lorsqu'il existe une lésion de la moelle.

Pour se prononcer, dans les cas douteux de ce genre, il faut se demander si l'on n'est pas en présence d'une paralysie sans lésion organique, paralysie dynamique ou par action réflexe, mais symptomatique d'un état pathologique, d'une maladie bien connue pour compter la paralysie au nombre de leurs symptômes, soit habituels, soit exceptionnels. Si, en effet, on constate l'existence de ces états morbides, qui comprennent des altérations manifestes du sang, de certaines diathèses, des névroses, ou enfin des affections viscérales qui provoquent une affection réflexe, paralytique, comme l'a démontré Brown-Séquard (*la PARAPLÉGIE*), cette connaissance de l'origine lève tous les doutes, principale



si la paralysie présente par elle-même des caractères spéciaux, comme allons le voir.

es se distinguent habituellement des paralysies avec lésions par l'absence de phénomènes qui précèdent ou accompagnent ces dernières, par l'absence de lésions du côté du cerveau, assez souvent par leur début aux extrémités des membres inférieurs puis supérieurs, par leur marche ascendante et envahissante, et enfin par leur développement irrégulier d'un côté à l'autre côté du corps.

#### PARALYSIES PAR ALTÉRATIONS DU SANG.

Parmi les maladies qui produisent des paralysies par le fait bien manifeste d'une altération du sang, on compte d'abord les intoxications alcoolique, saturnine, par le sulfure de carbone, par les miasmes paludéens, par l'arsenic, par le mercure, l'asphyxie par le charbon (H. Bourdon), les narcotiques (?), par l'anémie et les cachexies.

— La paralysie due à l'ALCOOLISME chronique est toujours générale et accompagnée d'affaiblissement intellectuel, caractères d'une grande valeur qui permettent de la confondre qu'avec la paralysie générale des aliénés, dont il faut s'en tenir à la question plus loin.

La paralysie produite par l'intoxication saturnine est au contraire le plus souvent limitée aux extenseurs des extrémités supérieures : la paralysie est alors si caractéristique, qu'elle peut à elle seule faire au moins soupçonner l'intoxication. Mais, comme cette paralysie occupe les membres inférieurs ou d'autres parties du corps, ou lorsqu'elle est généralisée, l'affaiblissement paralytique particulier aux extrémités supérieures reste prédominant, et la contractilité électro-musculaire est abolie. La connaissance de l'intoxication, lorsqu'elle est ensuite établie, explique immédiatement la nature de la paralysie. Je n'insiste pas davantage sur ce point de diagnostic, suffisamment développé à propos de l'intoxication saturnine (Voy. p. 573).

La paralysie due à l'intoxication par le sulfure de carbone, qui affecte également les membres inférieurs et qui est parfois générale, se reconnaît plus facilement encore, non-seulement par la constatation de la profession du malade, mais souvent et tout d'abord par l'odeur de sulfure qu'il exhale habituellement (Voy. p. 580).

L'intoxication paludéenne détermine quelquefois aussi des paralysies locales et générales dont il est urgent de préciser l'origine. Le diagnostic est surtout difficile lorsque les paralysies de ce genre cessent pendant l'apyrexie, et disparaissent avec les accès intermittents. C'est alors une des nombreuses formes des paralysies pernicieuses congestives.

Les paralysies qui résultent des autres intoxications, par l'arsenic, le mercure, l'asphyxie par le charbon, la connaissance de la cause suffit aussi pour élucider le diagnostic. Et quant à l'affaiblissement musculaire attribué aux narcotiques, il constitue plutôt un simple engourdissement qu'une paralysie réelle.

— D'autres paralysies non moins importantes sont celles qui ont été observées dans les états cachectiques, ainsi que celles qui sont dues à l'anémie ou chloro-anémie. Elles ont été signalées par plusieurs auteurs, et Landry a insisté avec raison sur leur fréquence (Rech. sur les causes et les indications thérapeutiques des malad. nerv., 1855). Ces paralysies sont en général remarquables par leur apparition indifférente dans les diverses régions des deux côtés du corps, le plus souvent par leur marche progressive et ascendante des extrémités vers le centre, par l'absence de signes morbides du côté des centres nerveux (mais non toujours) par l'intégrité des fonctions de la vessie, et, selon Landry, par l'abolition de l'irritabilité électro-musculaire.

Ces paralysies anémiques ou cachectiques soulèvent une grave question : Comment se produisent-elles ? On les a expliquées par l'épuisement nerveux (Leudet) et surtout par l'insuffisance de la circulation, en se basant sur l'expérimental que la ligature d'une artère produit la paralysie dans la partie qui correspond à la zone de ses ramifications, et que l'enlèvement de la ligature fait revenir le mouvement dans cette partie d'abord paralysée. Mais on a été bien loin encore, dans l'explication des paralysies anémiques, paralysies dans lesquelles on a englobé toutes les autres paralysies dites dynamiques. On les a produites par la contracture des vaisseaux capillaires de la moelle ou des nerfs, contracture due aux irritations organiques les plus variées. Ces irritations, ces paralysies seraient les deux extrêmes d'une action réflexe avec la contracture vasculaire au centre. Les faits expérimentaux de Donders, Snellen et Brown Séquard ont mis hors de contestation le fait de cette contracture vasculaire en suite de l'irritation du grand sympathique.

En présence de ces intéressantes données, on peut rapprocher des paralysies anémiques celles qui se rattachent à une foule de *maladies aiguës ou chroniques*, et qui sont importantes à connaître, quelles que soient d'ailleurs les causes. Leur réalité est parfaitement établie par l'intégrité des centres nerveux qui a été constatée assez fréquemment sur le cadavre, par leur durée habituellement éphémère, et par leur disparition plus ou moins rapide sous l'influence d'un traitement approprié. On trouve des faits nombreux de ce genre dans le travail de Landry, dans celui de Macario sur les paralysies dynamiques nerveuses (*Gaz. méd.*, 1857), et surtout dans le Mémoire de Gubler (*Arch. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5<sup>e</sup> fasc.). Je rappellerai, comme produisant ces paralysies symptomatiques :

La *fièvre typhoïde* ; — la *suette* ; — le *choléra* ; — les *fièvres éruptives* parmi lesquelles Gubler a signalé principalement la variole comme produisant des paralysies plus graves ; — certaines affections thoraciques, comme la *pneumonie* (Macario, Gubler) et l'*empyème* ; — la *diphthérie* ; — l'*embarras gastrique* (Golfin, H. Tweedy) ; — la *dysenterie* ; — les *vers intestinaux* (Lissac) ; — la *colique hépatique* (Fouquier) ; — les *affections utérines*, que Lissac aurait vues produire la paraplégie, et Landry la paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux ; — l'*état puerpéral*, soit pendant la grossesse (P. Frank Simpson), soit pendant l'accouchement ou après, et qui, dans cette dernière condition, a été rencontré par Trousseau chez les nourrices (*Gaz. des hôp.*, 1846) ; — les affections des *voies urinaires* qui s'accompagnent de paraplégie étudiées dans ces derniers temps par Raoul Leroy (d'Etiolles) et Brown Séquard.

Je dois signaler spécialement les *paralysies diphthériques*, que l'on a considérées comme la conséquence d'un empoisonnement spécial du sang, comme une des paralysies anémiques dont il est question, ou enfin comme une conséquence du voisinage de la lésion diphthérique.

Ces paralysies diphthériques ont été signalées par plusieurs auteurs, plus particulièrement par Orillard (de Poitiers), et plus complètement étudiées et décrites par Maingault, dans un récent et très-bon Mémoire (*De la Paralysie diphthérique*, 1860). Qu'elles soient localisées ou généralisées, comme je l'ai indiqué à propos de la diphthérie (p. 304), c'est le voile du palais et le pharynx qui sont le plus souvent atteints. Maingault signale les troubles de l'articulation comme ne manquant jamais lorsque la diphthérie est suivie d'une paralysie généralisée. La recherche de la diphthérie comme antécédent, dans les plus diverses, est un point de pratique très-importante de la marche qu'a suivie la maladie et de la

les symptômes sont groupés. La paralysie diphthérique apparaît douze à quinze jours à deux mois après la terminaison de l'affection diphthérique, la paralysie du voile précédant toujours, dans cette période de convalescence apparaît, les troubles éloignés de l'innervation. L'affaiblissement musculaire est véritablement *progressif*; il débute lentement, en s'accompagnant de fourmillements et de troubles de la sensibilité des extrémités. *La contractilité électrique des muscles est conservée* : condition dont on peut tirer parti dans certaines circonstances, mais qui, dans d'autres, serait aussi une cause d'erreur. J'ai signalé de nombreuses méprises commises à propos de ces paralysies; je les rappellerai en leur lieu.

#### PAR MALADIES DIATHÉSIQUES.

On peut encore avoir affaire à des paralysies survenant comme conséquences de lésions diathésiques connues, comme la *syphilis* ou le *rhumatisme*.

Les paralysies dues à ces deux causes sont rares. Cette assertion pourra sembler singulière, du moins relativement au rhumatisme, à ceux qui admettent que le rhumatisme produit toutes les paralysies dues à l'influence du froid ou de l'humidité. Mais à mon avis on doit, avec Landry, réserver la dénomination de paralysies rhumatismales aux paralysies qui se développent *dans le cours ou à la suite du rhumatisme aigu*, comme dans les faits cités par Griffoillière (*Journ. des sci. méd.-chir.*, 8<sup>e</sup> année). De ce que le froid et l'humidité sont capables d'engendrer le rhumatisme, il ne faut pas conclure, en effet, que toutes les paralysies consécutives soient de même nature.

#### PAR NÉVROSES.

Un autre ordre de paralysies symptomatiques sans lésions anatomiques est celui des *névroses* : à des *névralgies*, à l'*hystérie*, à l'*épilepsie*. Mais dans l'*épilepsie*, ce sont les congestions répétées des centres nerveux et les lésions qu'elles peuvent en résulter qui expliquent les paralysies des épileptiques plutôt que la *névrose* elle-même.

Les paralysies locales résultant d'une *névralgie* doivent plutôt s'entendre de celles qui lui succèdent que de l'affaiblissement musculaire qui accompagne les crises. Ces paralysies consécutives s'accompagnent généralement de l'intégrité de la *contractilité électro-musculaire*, avec *augmentation de la sensibilité dans certains points*, suivant Duchenne. L'atrophie musculaire est une complication qui n'est pas rare.

Les paralysies hystériques méritent une mention toute particulière. Comme les paralysies chloro-anémiques, elles doivent être soupçonnées chez les femmes. La constatation des antécédents ou des signes actuels de l'hystérie lève tous les doutes. Ces paralysies ont été rencontrées chez plus du quart des hystériques par Briquet (120 sur 430). Rarement elles sont généralisées aux quatre membres et aux principaux muscles du tronc; le plus souvent la paralysie ne concerne que les deux membres du côté gauche du corps; puis viennent, par ordre de fréquence : la paralysie des deux membres inférieurs, celle des deux membres du côté droit, plus rarement celle d'un ou des deux membres supérieurs, de l'un des membres pelviens, des pieds, des mains, de la face, du diaphragme. Son invasion est brusque ou graduelle, et, dans ce dernier cas, elle est précédée de fourmillements ou d'engourdissements. Rarement elle est absolue; elle est aussi plus instable que les autres paralysies, et parfois elle disparaît subitement sans laisser de traces. La faradisation démontre que la *contractilité électrique des muscles est conservée*, que leur *sensibilité est abolie* : double circonstance que l'on ne rencontre jamais dans la paralysie hystérique. Mais Briquet fait remarquer que, dans certains

nous sur ce genre de paralysies réflexes au mot PARAPLEGIE (V. très-grand nombre des paralysies des divisions précédentes, et surtout, se développent de la même manière.

### III. Paralysies primitives.

Lorsqu'on ne peut rapporter l'origine d'une paralysie, ni à une lésion locale, ni à un état pathologique indépendant de toute lésion ayant produit directement cette paralysie, on admet qu'elle est primitive, essentielle. Cette division doit être conservée, quoiqu'elle soit souvent en réalité un refuge de notre ignorance.

La plupart de ces paralysies sont des paralysies dont la cause est toujours facile à déterminer. Il y a cependant des paralysies idiopathiques qui se développent sous l'influence d'une simple cause accidentelle dont on ne connaît pas la nature, et qui révèle la nature réflexe de la paralysie. Je veux parler de celles qui sont produites par l'action du froid ou de l'humidité, et qui se développent du haut en bas ou graduellement dans les parties qui ont été exposées à l'humidité. Elles atteignent tantôt une moitié de la face (Bérard), tantôt un membre, tantôt les membres inférieurs, etc. Telles sont encore les paralysies dues à une lésion prolongée des nerfs ou des muscles d'un membre, qui se développent temporairement, dans la plupart des cas. C'est à une cause de ce genre que Kennedy a attribué les paralysies temporaires constatées chez les enfants du premier âge que l'on a couchés dans leur berceau sur le ventre (Dublin quart. journ., 1850). On a vu aussi une paralysie due à un choc extérieur (à la face).

Enfin je dois rappeler dans ces considérations générales les paralysies locales qui surviennent localement (comme les contractures ou les spasmes) suite de l'abus fonctionnel des muscles atteints, paralysies qui sont décrites par Duchenne, que pendant l'exercice fonctionnel (Voy. p. 100).

Les autres paralysies idiopathiques, dont la cause est ignorée, sont dites périphériques. Graves les a attribuées à une altération

me. Il y a toutefois pour les viscères creux une cause particulière de paralysie à rappeler, et qui est toute locale : c'est la distension excessive des vis de ces viscères, qui fait sans doute perdre leur élasticité aux fibres musculaires. C'est ce que l'on voit dans les rétentions urinaires pour la vessie; c'est ce qui se passe probablement lorsqu'un météorisme excessif distend outre mesure les intestins chez le vieillard, ce qui entraîne la mort. Les symptômes des paralysies des muscles de la vie organique varient d'ailleurs suivant les organes atteints, comme je le montrerai à propos de certaines paralysies localisées.

Il ressort de ce qui précède que les formes des paralysies sont extrêmement nombreuses suivant leur cause, suivant leurs caractères propres, suivant leur siège, et surtout suivant leur siège. Cette dernière distinction est celle qui ne sert de base pour l'étude diagnostique des paralysies en particulier. C'est certainement la plus pratique.

Une paralysie n'a de gravité par elle-même que lorsqu'elle atteint les muscles dont les mouvements sont essentiels à la vie, comme les muscles intercostaux, le diaphragme, ou bien ceux dont la paralysie peut se compliquer d'accidents tels, comme on le voit quelquefois pour l'œsophage.

**PARALYSIES GÉNÉRALISÉES.** — Au lit du malade, la première chose qui frappe l'observateur, c'est la généralisation ou la localisation plus ou moins étendue des phénomènes paralytiques. C'est donc là le meilleur point de départ pour les inductions diagnostiques. La localisation anatomique de la cause ou l'absence de toute lésion appréciable est, en effet, une détermination qui doit être faite secondairement, lorsque l'ensemble des symptômes a été bien étudié. À ce premier point de vue, la manière la plus logique, selon moi, de traiter des paralysies générales ou généralisées, est de les envisager d'abord suivant qu'elles s'accompagnent ou non de troubles cérébraux ou intellectuels, de délire, d'agitation, de vertiges, de perte de connaissance, de coma, ou d'aliénation mentale, sans compter de ces phénomènes, soit comme données actuelles, soit comme récents. Cette distinction établit, en effet, une différence assez facile à constater si l'on examine le malade avec attention, et elle a l'avantage d'être un bon point de départ pour les inductions diagnostiques.

**Paralysies générales avec troubles intellectuels.**

Les paralysies, lorsqu'elles sont sous la dépendance de lésions encéphaliques, se présentent dans deux conditions : comme phénomènes *symptomatiques* d'une affection encéphalique grave, aiguë ou chronique, ou bien comme constituant une *maladie spéciale* : la *paralysie générale des aliénés*.

**PARALYSIES GÉNÉRALES SYMPTOMATIQUES DE LÉSIONS ENCÉPHALIQUES.**

Il me suffit de rappeler ici les maladies cérébrales graves qui s'accompagnent d'une paralysie généralisée avec troubles cérébraux ou intellectuels : 1° l'hémorrhagie cérébrale des parties centrales du cerveau, ou occupant simultanément les deux hémisphères, ou tellement abondante dans un hémisphère que l'opposé trouve comprimé; 2° l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne; 3° l'hydrocéphalie; 4° certaines idioties; 5° des tumeurs disséminées des deux côtés de l'encéphale.

Les premières de ces affections, qui sont aiguës, s'annoncent par un ensemble de symptômes cérébraux tellement graves, que la paralysie n'est plus qu'un symptôme secondaire qui n'a de valeur que comme élément pouvant servir à la localisation anatomique de la lésion cérébrale. Dans les affections chroniques, la paralysie généralisée a plus d'importance comme signe, et elle est plus ou moins facilement rapportée à son origine, très-facilement dans les cas d'hydrocéphalie et certaines idioties. Cependant il est arrivé à Maingault de voir un

tandis que les malades ouïraient un amaïssissement intellectuel et qu'on leur faisait passer un interrogatoire mieux dirigé. J'ai vu moi-même à l'Hôtel-Dieu un atteint de paralysie générale, qui était considéré comme jouissant de ses facultés intellectuelles, et qui ne pouvait parvenir à conclure les jours écoulés depuis une époque bien déterminée, tout en répondant juste aux questions simples qu'on lui adressait.

Les travaux de Bayle, de Calmeil, Delaye, Parchappe, Lasegue, etc., ont très-bien fait connaître cette affection. L'anatomie a démontré que la maladie était bien une entité morbide spéciale, et que les études histologiques de Salomon, Rokitansky et Virchow, en particulier, ont démontré davantage. Dans son excellente thèse d'agrégation (1853), Lasègue a fait un exposé critique remarquable, auquel j'emprunterai bien des notions pour cet article. Plus récemment, Bonnet et Poincaré (*Ann. méd.-psych.*) ont fait des recherches microscopiques approfondies sur le système nerveux dans cette maladie, ont conclu que son origine réside dans le grand sympathique et non dans le cerveau, parce qu'ils ont trouvé les cellules de ce grand sympathique colorées par du pigment brun plus intense que dans les autres sujets, avec substitution de tissu conjonctif et de cellules adipeuses aux cellules nerveuses. Il en résulterait une lésion des vaso-moteurs cérébraux et de la méningo-encéphalite. Mais cette fine analyse de la pathogénie de la paralysie générale des aliénés pêche par sa base; car rien ne prouve, ainsi que l'a remarqué Achille Foville, que ces lésions du grand sympathique soient secondaires.

La paralysie générale avec aliénation est propre à l'âge adulte et plus fréquente chez l'homme que chez la femme; ce sont là des caractéristiques importantes à connaître d'abord, parce qu'elles circonscrivent le diagnostic.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — La marche progressive de la maladie, qui en quelque sorte fatale, il est important d'indiquer rapidement



jours trop rapides, des contractions musculaires énergiques lançant la jambe avant plutôt que la dirigeant. L'*incertitude de la parole*, qui ne tient pas quement au tremblement de la langue ou des lèvres, échappe quelquefois à l'attention du médecin parce qu'elle n'est pas continue ; mais si l'on fait lire le lade, comme le conseille Lasèque, le trouble de la prononciation apparaît. L'intelligence n'est pas toujours affaiblie durant cette période initiale, mais lade signale comme devant être recherchés avec soin les changements de caractère ou les actes insolites et déraisonnables. Baillarger a indiqué le délire la mélancolie hypochondriaques comme étant un signe précurseur très-fréquent de la démence paralytique (*Acad. des sc.*, 1860), et Brierre de Boismont a été sur la perversion des facultés morales et affectives (*ibid.*). Quoi qu'il en soit, il y a de temps à autre des étourdissements, des vertiges sans perte de connaissance, ou des congestions vers la face, des crampes, des secousses convulsives dans les membres, des grincements de dents, de vrais vertiges épileptiques (Falret), parfois l'obtusion de la sensibilité générale, et une impuissance sexuelle constante.

L'absence de paralysie, si bien signalée par Lasèque dans la première période, place dans la seconde à un affaiblissement véritable et de plus en plus prononcé des mouvements, qui continuent d'ailleurs à être trémulents et saccadés. Elle se fait avec une maladresse qui dépend à la fois du tremblement et de l'affaiblissement musculaire. La langue est parfois sèche et fendillée, la prononciation plus gênée. C'est ici que les troubles intellectuels (démence) se montrent s'ils ont fait défaut dans la première période. Fréquemment il y a aussi un délire des grandeurs, sans que l'ambition et l'orgueil soient véritablement en jeu, et qui varie suivant les habitudes et l'éducation des malades. Les vertiges vertigineux, la céphalalgie, des congestions cérébrales plus fréquentes, avec chute, déviation de la bouche, tremblement dans une moitié du corps (Lunier), le tout se dissipant sans laisser de traces qu'un nouveau progrès dans l'affaiblissement et le délire, enfin de vrais accès de manie, peuvent se montrer. La sensibilité générale, obtuse ou conservée comme précédemment, parfois exaltée, ainsi que je l'ai observé.

Dans la troisième période, les malades finissent par vivre d'une vie presque stérile. La physionomie est sans expression ou exprime un contentement stérile. La prononciation devient inintelligible, la paralysie des membres devient plus prononcée, ce qui oblige à attacher le malade dans un fauteuil ou à son lit dans la crainte des chutes ; il survient des *contractures* douloureuses dans les bras, les jambes, le tronc, les mâchoires. La mastication est incomplète, la déglutition imparfaite et compliquée parfois de suffocation par l'aspiration des aliments dans les voies aériennes, les déjections sont involontaires. Enfin la mort survient, précédée d'attaques épileptiformes ou convulsives et de coma, ou bien d'une diarrhée rebelle, de la suppuration de larges ulcères sur les saillies osseuses, ou enfin de complications pulmonaires. La maladie a une durée qui varie, en moyenne, entre huit et dix mois, deux ou trois années.

**Inductions diagnostiques** — Il résulte de cet exposé des symptômes de la paralysie générale avec aliénation, que la maladie est très-facile à diagnostiquer lorsqu'elle est avancée. Mais à sa première période il n'en est pas de même, pour plusieurs raisons.

On peut d'abord se demander si l'on ne devrait pas considérer cette première période comme de simples prodromes. Cette manière de voir serait parfaitement justifiée au point de vue de la paralysie, puisqu'il n'y a alors que défaut

de coordination des mouvements et non paralysie réelle. En envisageant ainsi le premier temps de l'évolution de la maladie, et en constatant le moment où survient le véritable affaiblissement paralytique des muscles, on aurait donné plus de valeur aux observations dans lesquelles les troubles intellectuels ont été considérés comme tardifs et consécutifs à la paralysie. Dans ces derniers cas, la paralysie réelle existait-elle toujours? C'est ce que l'on ne saurait affirmer. À en croire un médecin allemand, il y aurait, au début de la paralysie générale qui m'occupe, une augmentation dans la température du corps (surtout quand il y a excitation maniaque), et ce signe pourrait être utile au diagnostic. Ces poussettes un peu loin, croyons-nous, l'importance attachée à l'étude de la chaleur morbide. D'autres signes, d'une douteuse valeur, auraient été constatés par l'ophtalmoscopie à la fin de la première période, par Allbutt (*Roy. med. and chir. Society*, 1868), A. Voisin (*Union méd.*, même année), et Magnan (*Soc. de biol.*). Ces observateurs ne sont pas d'accord, en effet, sur la fréquence non plus que sur la nature des lésions intra-oculaires.

Quoi qu'il en soit, lorsque la première période est caractérisée par l'affaiblissement intellectuel, le tremblement et l'embarras de la prononciation, qui devient plus accentuée si l'on fait lire le malade, ces symptômes réunis ne permettent guère de méconnaître la paralysie générale des aliénés à son début. Le développement progressif de ces phénomènes sera une autre donnée utile. Quant aux causes autres que l'âge moyen de trente à cinquante ou soixante ans, comme le tempérament, les causes morales ou physiques, ou les excès de tout genre, elles ne peuvent servir à élucider le diagnostic.

Une constatation très-importante est celle de l'état des fonctions intellectuelles. Si elles sont réellement altérées, la question de la folie paralytique se trouve presque résolue; si elles ne le sont pas, il s'agit de décider si l'on a affaire à une paralysie générale progressive sans aliénation et à déterminer son espèce, ou bien à une paralysie générale qui doit se compliquer plus tard d'aliénation, ainsi qu'on l'a admis.

D'abord, relativement à la constatation des troubles intellectuels, je ne puis m'empêcher de signaler la légèreté avec laquelle les médecins non aliénés recherchent leur existence. Si le malade répond avec justesse à quelques questions simples concernant leur maladie, ils les jugent sains d'intelligence, tandis que, plus d'une fois, un interrogatoire plus précis ferait découvrir un affaiblissement manifeste de l'intellect et en particulier de la mémoire. J'ai vu, je le répète, un malade atteint de paralysie générale jugé à tort sans aliénation; il ne pouvait, sachant son âge, indiquer l'année de sa naissance, ni compter le nombre de jours compris entre les deux dates de son admission récente et de son interrogatoire. Il était évidemment affecté d'un commencement de dément. De pareils faits contribuent à démontrer qu'on a exagéré la fréquence de la paralysie générale sans aliénation, en tant que paralysie semblable à celle des aliénés en dehors de l'état intellectuel. On doit savoir gré à Jules Falret d'avoir insisté sur cette cause d'erreurs (*Arch. de méd.*, 1855, t. V).

Des méprises d'un autre genre peuvent résulter de la confusion de la paralysie générale des aliénés avec d'autres états pathologiques. — Le défaut de coordination des mouvements, avec tremblements au début de cette paralysie générale, pourra être confondu avec l'ataxie locomotrice progressive décrite par Duchenne, si l'on ne tient pas compte de l'ensemble des phénomènes qui se groupent de part et d'autre; car des deux côtés la force musculaire peut n'être diminuée qu'en apparence. — Il en est de même de la paralysie agitante à son début (Voy. p. 733). — L'intoxication alcoolique, si bien étudiée

ces derniers temps par le docteur Huss (de Stockholm), en imposerait aisément pour la paralysie générale qui m'occupe. Elle offre néanmoins son ensemble et dans son évolution des caractères particuliers, tels que le tremblement musculaire *universel*, qui précède l'hésitation de la parole, des hallucinations *terribles*, et la *disparition facile* des accidents par la privation des alcooliques. Mais dans certains cas l'erreur est facile, et on peut d'autant mieux croire à une paralysie générale commençante, que des antécédents (abus des alcooliques) peuvent exister aussi dans la paralysie des aliénés. — Le *delirium tremens*, qui est à l'alcoolisme de Huss ce que la maladie aiguë est à une maladie chronique, ne saurait être confondu avec la paralysie générale et si lentement progressive qui m'occupe. — La paralysie diphthérique a été signalée par Maingault comme pouvant faire passer à une paralysie générale des aliénés par le fait du bégaiement, de la faiblesse des membres, de l'hésitation dans la marche, des troubles de la vue, et de l'intégrité de la contractilité électro-musculaire. Mais l'intégrité des fonctions intellectuelles, et la constatation de la diphthérie et de la paralysie du larynx comme antécédents, permettront d'éviter l'erreur. — La perte de la contractilité électro musculaire, ou du moins sa diminution notable, l'altération des facultés intellectuelles, et les manifestations particulières autres que la paralysie généralisée, établissent entre la paralysie générale des aliénés et celle qui est due quelquefois à l'intoxication saturnine, une ligne de démarcation si tranchée qu'on est grandement surpris de voir qu'on ait pensé à confondre les deux maladies comme identiques (*Thèse de 1860*). — Enfin j'ai voulu à rappeler, comme ayant quelques points de ressemblance avec la paralysie générale des aliénés, mais comme ne pouvant être pris pour elle, le tremblement sénile et l'affaiblissement général de toutes les fonctions de l'organisme que présentent beaucoup de vieillards, et qui est une véritable paralysie générale incomplète résultant de l'âge.

Anatomiquement, la paralysie générale des aliénés se distingue des autres paralysies généralisées par des lésions cérébrales particulières (*méningo-encéphalite*), mais ce fait, très-important pour la classification nosologique de la maladie, ne peut servir que très-indirectement à son diagnostic clinique. Il en est de même de l'hypertrophie du cerveau, que j'ai vue produire une démence paralytique générale des mieux caractérisées.

Quant aux formes de la maladie qui m'occupe, celles avec aliénation apparaissant dès le début, ou avec aliénation tardive, sont certainement importantes à connaître. Mais dans les faits sans aliénation dès le début, ne s'agit-il pas, comme je l'ai dit plus haut, de faits mal jugés, ou d'une simple période prodromique dans laquelle il n'y aurait ni troubles intellectuels ni véritable paralysie, mais seulement tremblement ou ataxie locomotrice? Suivant Jules Falret, la maladie, envisagée moins superficiellement, pourrait être divisée en quatre formes distinctes; il en résulterait les variétés : 1° *congestive*; 2° *paralytique*; 3° *mélancolique*; 4° *expansive*. — Ce sont des cas compris dans les deux dernières formes qui ont surtout fait naître l'idée de la paralysie générale sans aliénation. Dans la troisième variété (mélancolique), il y a des conceptions hypochondriaques qui ont un caractère spécial (Baillarger); elles font dire aux malades qu'ils sont bouchés, ne peuvent ni manger, ni uriner, ni aller à la selle, ils n'ont point de tête, etc. Il y a alors une préoccupation constante du mal avec un fond de démence. — Enfin la forme expansive, dans laquelle on constate le délire ambitieux avec toutes ses particularités, est incontestablement plus fréquente.

Peut-on considérer comme des *complications* les attaques congestives épileptiformes, et les suffocations qui résultent quelquefois de la paralysie de l'œsophage? Ces accidents me semblent devoir être plutôt considérés comme conséquence des progrès de la maladie. De véritables complications observées sont les *gangrènes* humides d'un doigt, d'un orteil, les *eschares* au sacrum. J'ai vu un cas de mort occasionné par une gangrène horrible du pharynx.

3° *Pronostic*. — La paralysie générale des aliénés a une marche progressive et fatalement funeste. Il y a quelquefois des rémittences qui peuvent faire croire à une décroissance de la maladie, mais ce ne sont que des améliorations temporaires. A. Todd-Thompson a cependant publié un fait qu'il a donné comme un exemple de guérison (*Lond. med. Gaz.*, 1848); mais il est permis de demander s'il s'agissait réellement de la paralysie générale qui m'occupe.

## II. Paralysies générales sans troubles intellectuels.

Nous avons montré que certaines paralysies généralisées progressives ont été considérées comme simples ou sans aliénation, parce que l'on a méconnu souvent des troubles intellectuels légers qui devaient faire admettre la démence. Il n'en faut pas moins admettre qu'on peut rencontrer des paralysies généralisées progressives sans troubles intellectuels, mais dont la plupart diffèrent profondément des précédentes par leurs symptômes, leur origine et leur évolution. Ce sont celles dont nous allons faire l'étude diagnostique : question difficile car les recherches plus approfondies des altérations anatomiques, et les progrès dont la physiologie du système nerveux a été l'objet dans les dernières années ont fait envisager les mêmes maladies d'une façon différente par divers observateurs. De plus, il ne s'agit pas ici de maladies qui sont sous la dépendance de véritables lésions matérielles d'un seul organe (le cerveau), comme pour les paralysies générales avec troubles intellectuels, mais de paralysies qui dépendent de modifications particulières, non-seulement de la moelle épinière, mais encore des nerfs périphériques qui en émanent, et des muscles auxquels ils distribuent. Tantôt ces modifications consistent en lésions appréciables dans le cordon médullaire, ces nerfs et ces muscles, et tantôt il y a absence de lésion même au microscope. Enfin on n'a pas, dans les phénomènes observés, une caractéristique suffisante, dans tous les cas, pour affirmer que la paralysie généralisée est d'origine médullaire ou périphérique.

Ces graves questions ne peuvent être traitées à fond dans un ouvrage de nature de celui-ci. Il me suffit de les avoir posées ou discutées sommairement au propos des paralysies en général; j'y reviendrai d'ailleurs d'une manière incidente à l'occasion, dans ce qui va suivre.

Considérées dans leur ensemble, les paralysies générales sans troubles intellectuels peuvent être dues aux trois ordres de causes que j'ai rappelés à propos des paralysies en général : 1° à une lésion de la moelle, des nerfs périphériques ou des muscles, à la condition que cette lésion sera diffuse; 2° à une maladie qui occasionne une paralysie généralisée sans lésions apparentes des organes de myotilité; 3° enfin à une cause organique inconnue, qui a fait alors considérer la paralysie comme essentielle ou spontanée.

1° Quoique les lésions de la moelle épinière produisent simplement la paraplégie dans la plupart des cas, on peut rencontrer des faits dans lesquels la lésion est étendue jusqu'à la portion cervicale du cordon médullaire, ou bien comprime légèrement la partie supérieure de la moelle. Il en résulte la paralysie des membres supérieurs comme celles des membres inférieurs, du tronc du rectum, de la vessie. S'il s'agit d'une maladie aiguë, on peut se trouver en présence d'une *congestion*, d'une *hémorrhagie* étendue de la moelle, ou d'un

**gélite**, affections dont il a été suffisamment question ailleurs (*Voy. ces mots*) sur que je me contente de rappeler qu'en pareille circonstance il survient habituellement des troubles symptomatiques caractéristiques. Dans certains cas, y a une gêne extrême de la respiration, par suite de la paralysie des muscles inspirateurs. — Si la paralysie généralisée a une marche chronique, au contraire, le diagnostic est plus complexe, et présente des difficultés parfois très-multiples. On sait que la paralysie généralisée dite spinale est quelquefois très- obscure dans son origine. C'est ici que vient se ranger la paralysie qui est due à la sclérose diffuse de la moelle, et que peut caractériser symptomatiquement, non-seulement cette *paralysie disséminée*, mais encore la *contracture*, comme Charcot l'a constaté chez une femme hystérique (*Soc. méd. des hôpit.*, 1855), et d'autres fois l'*ataxie des mouvements* (*Voy. SCLÉROSE et ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE*).

Parmi les lésions périphériques, les lésions diffuses des nerfs et des muscles, surtout leur *atrophie*, sont celles qui peuvent donner lieu à des paralysies généralisées, et je puis me dispenser de les énumérer de nouveau ici, en rappelant l'importance prédominante que Jaccoud accorde à l'atrophie des nerfs, ou inverse, pour expliquer la plupart des paralysies périphériques.

Les paralysies générales ou généralisées, sans lésions appréciables, et qui sont *symptomatiques* d'une maladie déterminée, sont très-nombreuses comme les maladies elles-mêmes. Ces paralysies sont dues principalement : à certains *poisonnements* (comme celui dû à l'arsenic); aux *intoxications* alcoolique, urinaire (p. 573), par le sulfure de carbone, par les miasmes paludéens (566), comme Colin en a publié une observation remarquable (*Gaz. hebdom.*, 1850); à l'anémie, à la diphthérie, au rhumatisme; et enfin à des maladies aiguës diverses comme phénomène consécutif.

Enfin on peut affirmer que toutes les paralysies dites primitives, idiopathiques ou spontanées sont susceptibles de se généraliser.

En faisant cet exposé rapide des conditions dans lesquelles se montrent les paralysies susceptibles de se généraliser, et qui sont exemptes de troubles cérébraux concomitants, j'ai par cela même indiqué les articles où se trouve leur diagnostic. Mais il en est quelques-unes dont la nature est discutée, et que ne peuvent trouver place qu'à la fin de cet article, consacré aux paralysies généralisées. Elles sont au nombre de quatre.

Une première est la PARALYSIE AGITANTE, dans laquelle le tremblement est à la paralysie généralisée ce qu'est l'ataxie musculaire à la paralysie générale avec aliénation.

La seconde est la PARALYSIE DITE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE, dans laquelle la paralysie n'est généralisée qu'au début.

La troisième a été dénommée PARALYSIE MUSCULAIRE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE, par Duchenne qui l'a décrite.

Enfin la quatrième, qu'on pourrait dire sans nom, est celle qui a été désignée par les termes : PARALYSIE ESSENTIELLE (des adultes), PARALYSIE ASCENDANTE, ou, PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE SANS ALIÉNATION, etc.

#### A. PARALYSIE AGITANTE.

Cette singulière affection, assez rare, a été d'abord étudiée en Angleterre dès 1817, par Parkinson (*Essay on the Shaking Palsy*), puis, à partir de l'année 1850, en Allemagne et en France, où G. Sée (*De la Chorée*, 1851), Trouseau (*Bull. méd.*, 1859), et surtout Charcot et Vulpian (*Gaz. hebdom.*, 1861-1862), ont publié des travaux qui l'ont bien fait connaître.

1° *Éléments du diagnostic.* — On ne saurait mieux faire que de reproduire



le tableau succinct mais très-fidèle que Parkinson a tracé de la maladie.

Le début, dit-il, s'opère d'une manière insidieuse; rarement le malade peut en indiquer le début précis. Les premiers symptômes observés sont un léger sentiment de faiblesse et une tendance à trembler qui ont lieu tantôt dans la tête, tantôt, et plus communément, dans les mains et les bras. Ces symptômes s'accroissent progressivement, et un an environ à partir de l'époque, où ils ont été pour la première fois remarqués, le malade, surtout pendant la marche, tient son corps plus ou moins fortement incliné en avant. Peu à peu les membres inférieurs deviennent à leur tour le siège de tremblements; et, à mesure que la maladie progresse, on les trouve de moins en moins capables d'exécuter les ordres de la volonté: alors l'agitation des parties affectées est tellement persistante que le malheureux malade trouve à peine quelques minutes de repos; et, par suite d'un brusque changement de position, le tremblement cesse dans un membre, il reparaît bientôt dans un autre membre; la marche, qui jusque-là avait procuré au malade un soulagement temporaire en le soustrayant à ses tristes réflexions, devient bientôt impraticable. S'il veut avancer, en effet, par une action indépendante de sa volonté, il se porte sur la partie antérieure des pieds et sur les orteils, et, en danger à chaque pas de tomber sur la face, il se voit contraint d'adopter le pas de course. A l'époque la plus avancée de la maladie, le tremblement des membres a lieu même pendant le sommeil, qui interrompt fréquemment; le malade devient incapable de porter ses aliments à sa bouche, et se voit obligé, pour cet acte même, de recourir à un secours étranger. Il y a une constipation opiniâtre, et il faut user fréquemment des purgatifs; quelquefois même l'emploi de moyens mécaniques devient nécessaire pour extraire du rectum les matières fécales. Le tronc est d'une manière permanente courbé en avant, le menton appliqué sur le sternum; les forces musculaires ont partout diminué; la mastication, la déglutition même sont difficiles; constamment la salive s'écoule de la bouche. L'agitation enfin devient plus lente et plus constante encore; l'articulation des mots est devenue impossible; les urines comme les matières fécales sont rendues involontairement; le subdelirium et le coma terminent la scène, et sont suivis de mort.

2° *Inductions diagnostiques.* — Les tremblements, avec affaiblissement musculaire, qui ont fait donner à la maladie la dénomination de paralysie agitante, constituent le symptôme principal qui la fait reconnaître. L'évolution de ces tremblements, ou leur extension, est graduelle, affectant d'abord un membre ou une autre partie du corps pour se propager ensuite aux autres parties. Ces tremblements consistent en oscillations régulières, continuelles dans l'état de veille, plus prononcées habituellement dans la station verticale ou dans les actes qui réclament l'emploi des parties agitées; diminuant momentanément au contraire sous des influences accidentelles, telles que des questions imprévues, une volonté énergique, etc., et cessant pendant le sommeil profond. La propulsion irrésistible qui fait que le malade ne peut marcher sans courir *après son centre de gravité*, comme l'ont si bien dit Charcot et Vulpian, est un signe caractéristique, mais qui n'est pas malheureusement constant; plus rarement, comme Graves et Romberg l'ont observé, il y a tendance au recul. Pendant longtemps les facultés intellectuelles et les fonctions de nutrition sont intactes (à part l'opiniâtreté de la constipation); mais il n'en est plus de même vers la fin de la maladie.

La marche lente, mais fatalement progressive des tremblements caractéristiques pendant des années (huit, dix ou même quinze ans en moyenne), est une donnée importante de diagnostic. Il en est de même de l'apparition des mouvements de propulsion ou de recul, des progrès de l'affaiblissement musculaire, et



phénomènes graves qui surviennent vers la fin de la maladie : affaiblissement graduel de l'intelligence, somnolence fréquente, perte de l'appétit, grissement rapide, évacuations involontaires, eschares précédant la mort. Quelques données *étiologiques* peuvent aussi aider au diagnostic. L'incidence du *froid* et de l'*humidité* combinés, et l'ébranlement du système nerveux déterminé par des *émotions* à la fois violentes et soudaines, sont les principales (Charcot et Vulpian).

On ne pourrait confondre la paralysie agitante qu'avec les affections qui ont pour caractère principal le tremblement musculaire pour symptôme principal (*Voy. TREMBLEMENTS*). Chez l'adulte, les tremblements par intoxication et notamment le tremblement mercuriel, enfin le *tremblement sénile* : telles sont les principales. Il sera facile d'éviter la confusion si l'on ne perd pas de vue les caractères principaux de la paralysie agitante : tremblement rythmique, continu, à marche progressive, et auquel vient fréquemment s'adjoindre une tendance plus ou moins marquée à la propulsion. D'ailleurs, les conditions accessoires de la maladie en dehors de l'agitation musculaire seront des motifs de solution clinique excellents.

Le *degré* et la *forme* de la maladie dépendent de l'intensité plus ou moins grande des tremblements, et de leur siège plus ou moins étendu à la tête, à un seul membre ou à plusieurs, à un côté du corps, à sa partie supérieure ou inférieure, ou à la plupart des muscles volontaires. La limitation du tremblement à un seul côté du corps a fait admettre une forme *hémiplegique*.

La propulsion irrésistible donne aussi à l'affection une forme caractéristique. Les faits observés par Oppolzer et par d'autres observateurs, ainsi que les recherches expérimentales, doivent faire penser que les phénomènes de la paralysie agitante sont sous la dépendance d'une lésion du *bulbe* et de la *protubérance*. Mais selon la remarque de Charcot et Vulpian, cette lésion (sclérose), à laquelle se rattacherait les périodes les plus avancées de la maladie, pourrait n'être que consécutive. — Comme complications, on a signalé la *pneumonie* ; le Dr Rousseau l'a vu occasionner la mort dans les deux faits qu'il a observés. Le Dr Ward (*Gaz. des hôpit.*, 1866) a signalé la *glycosurie*, qu'il explique par l'extension de la lésion de la paralysie agitante au quatrième ventricule (?).

**Pronostic.** — D'abord la maladie peut passer pour une incommodité peu grave ; mais avec le temps, quand le tremblement devient général, c'est une maladie grave, qui d'ailleurs a une issue fatalement mortelle. L'affaiblissement actuel et les progrès de la paralysie doivent faire redouter une fin peu éloignée. La mort est proche quand il survient du subdélirium, le coma, des évacuations involontaires et des eschares du sacrum.

#### PARALYSIE ESSENTIELLE OU SPINALE DE L'ENFANCE.

Cette maladie a été longtemps décrite d'une manière incomplète sous la dénomination de *paralysie essentielle* de l'enfance. Après avoir été entrevue par Wood (1823), Schaw (1822) et Badham (1835), son étude a été successivement complétée par J. Heine (1840), Rilliet et Barthéz (1843), Kennedy, West, et (*Mal. des nouv.-nés*), Duchenne, de Boulogne (*Electris. localisée*, 2<sup>e</sup> édit., 1862). Brunnich (1861), Duchenne fils (*Arch. de méd.*, 1864), et Morde (*De la Paralysie dite essentielle de l'enfance*, Thèse, 1864) qui a établi l'existence de lésions de la moelle épinière, lésions soupçonnées déjà, non décrites.

**Éléments du diagnostic.** — Il existe au début un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, mais en général d'une courte durée. Il survient chez un enfant peu de jours après la naissance, ou âgé le plus souvent de un à trois ans,

parfois de quatre ans et plus; avec cette fièvre de peu de jours, il existe rarement du *coma* ou des *convulsions*, mais toujours un état de *paralysie du mouvement*, sans atteinte de la sensibilité, paralysie qui peut être généralisée d'abord, mais qui, après une rémission, se localise plus souvent aux membres abdominaux qu'ailleurs, avec *atrophie consécutive* habituelle, et par suite *déformations* graduelles, puis permanentes résultant de l'altération de nutrition des muscles affectés, et de la prédominance d'action des muscles sains, antagonistes des muscles paralysés.

L'évolution de la maladie, sauf au début, est très-longue et dure plusieurs années jusqu'à ce qu'il ne reste plus que les déformations consécutives.

2° *Inductions diagnostiques.* — Si la fièvre du début ne peut pas par elle-même mettre sur la voie du diagnostic, il n'en est plus de même dès que la paralysie est constatée, soit en même temps, soit aussitôt que la fièvre est tombée; si, de plus, l'intelligence est intacte (au cas où l'enfant est déjà un peu avancé en âge), ces symptômes seuls suffisent au diagnostic. Il s'agit bien alors d'une paralysie de l'enfance. Cette paralysie, d'abord généralisée, ou erratique, comme j'en ai vu un exemple, finit par se fixer après un temps variable au niveau de certains muscles ou groupes de muscles, et principalement au niveau des membres inférieurs. La maladie devient alors de mieux en mieux caractérisée, mais c'est surtout lorsque ces muscles paralysés s'atrophient en entraînant des difformités incurables, qu'il n'y a plus le moindre doute sur l'existence de cette affection.

Il faut savoir que la paralysie occupe principalement les membres, rarement la face, et qu'elle peut tantôt se terminer par la guérison d'une manière assez rapide, et tantôt aboutir à une atrophie musculaire redoutable en ce qu'elle entraîne des déformations incurables. Comment savoir si la paralysie aura ou non cette conséquence? Car rien dans l'invasion, ni dans les caractères apparents de la paralysie, ne paraît différencier les cas favorables de ceux qui ne le sont pas. Suivant Duchenne, l'électrisation localisée trancherait la question en produisant des contractions au niveau des muscles atteints de paralysie temporaire, et ne les obtenant pas au niveau des muscles qui doivent subir l'atrophie. Plusieurs observateurs, Kennedy principalement, ont décrit la paralysie temporaire comme une maladie à part, et confondue à tort avec les paralysies de cause externe ou traumatique; Duchenne en fait également une maladie à part.



Fig. 146.

Atrophie de tous les muscles moteurs du pied gauche vu en dedans, fig. 146, et en avant, fig. 147 (Duchenne).



Fig. 147.

Cependant il me paraît rationnel, à part les faits de traumatisme, de ne faire qu'une seule maladie comprenant les cas légers et les plus graves, en considérant l'électrisation comme un excellent moyen de pronostic.

L'atrophie une fois survenue, il faut connaître bien exactement, comme l'a fait

observer Duchenne avec raison, les troubles occasionnés dans la forme et dans l'usage des membres par la perte de tel ou tel muscle, ainsi que ses recherches

nière. Il a démontré ce fait curieux que l'atrophie de tous les muscles du pied entraîne une difformité moindre, *fig. 146 et 147*, qu'un seul muscle, par exemple; *fig. 148 et 149* montrent un pied-bot dû à l'atrophie abandonnée pendant l'ectr. local., 2<sup>e</sup>. Duchenne a étudié ces déformations inférieures, qui se trouvent chez les enfants à la suite de la paralysie de-jatte, ou indiquée dans la paralysie des membres supérieurs. L'atrophie produit des déformations non moins remarquables du bras et de l'épaule, si le deltoïde est entièrement perdu, *fig. 151*.



*Fig. 148. — Atrophie du triceps sural (jumeaux et soléaire) ayant produit un talus pied creux direct.*



*Fig. 149. — Le même pied que celui de la figure 148, pendant sa flexion, qui se fait avec abduction exagérée.*

On constate chez les enfants ces déformations si mal connues autrefois, d'origine, on ne peut méconnaître la paralysie atrophique de l'enfant, qui viennent corroborer les anamnétiques quand on peut les



*Fig. 150.*



*Fig. 151.*

la paralysie atrophique de tous les muscles moteurs des membres inférieurs, à l'exception du muscle gauche. Attitude du jeune malade pour la marche, exécutée ainsi depuis six ans, de l'articulation du coude, trop faibles pour supporter incessamment le poids du bras distendus dans le sens de la flexion, au point que l'avant-bras faisait un angle renversé, dans le sens de l'extension.

Le deltoïde entièrement atrophie.

Il s'agit d'un début fébrile passager, avec paralysie plus ou moins circonscrite, puis sa localisation persistante. La longue durée de



l'affection est une donnée confirmative. — La question de l'âge auquel débuté la maladie a aussi une grande importance, puisqu'on ne l'a guère vue chez des enfants âgés de plus de quatre ans (de un à trois ans en moyenne). Qu'on ne croie pas cependant que cette règle soit absolue; car j'ai vu une fille, âgée de huit à neuf ans, être prise, à la suite d'une longue promenade en hiver, de fièvre avec troubles paralytiques généraux (parmi lesquels montra momentanément la paralysie de la langue), puis de paralysie atrophique limitée à un deltoïde et aux muscles d'un des membres abdominaux qui resté déformé, tandis que l'atrophie du deltoïde a cédé à l'emploi de l'électrisation. En dehors de l'âge, les causes habituelles de la maladie sont obscures, et leur recherche ne peut encore être utilisée dans la pratique.

L'observation que je viens de rapporter soulève une question de diagnostic différentiel qu'il ne faut pas négliger : celui de la *paralysie de l'enfance atrophie* et de l'*atrophie musculaire progressive*. Mon malade avait débüté, il est vrai, l'âge habituel des enfants atteints de la paralysie qui m'occupe; le début et l'évolution de sa maladie ont été semblables en tout à ceux de la paralysie atrophique, et j'ai cru devoir la qualifier ainsi, depuis que cette maladie m'est connue. L'existence de l'atrophie musculaire progressive ne peut cependant devoir être rangée aussi parmi les maladies de l'enfance en présence des faits rapportés par Edw. Meryon (*Med. chir. Transactions*, t. XXXV, 1845), Duchenne (*Electris. local.*) et Laborde (*Loc. cit.*). — Il est nécessaire de s'assurer que la paralysie localisée n'est pas due à un *traumatisme*, à une *compression*, à une paralysie *rhumatismale*, ou bien qu'elle n'est liée à l'*hystérie* ou à une autre affection convulsive. — Le *mal de Pott*, la *paraplégie* due à la myélite ordinaire produisent à la fois des troubles de la myotilité et de la sensibilité, et ne sauraient être confondus avec la paralysie de l'enfance, si l'on tient compte de l'ensemble des caractères de cette dernière. — Il en est de même des paralysies de cause cérébrale, qui d'ailleurs bien plus régulièrement délimitées que la paralysie si fréquente et si irrégulière de l'enfance.

Le *siège* et le *degré* de la paralysie de l'enfance sont subordonnés au *siège* et à la *gravité* plus ou moins grande de la lésion de la moelle épinière.

Cette lésion, d'abord méconnue complètement, a été soupçonnée par Duchenne dans la moelle par l'étude des phénomènes et de l'évolution de la maladie, et par la ressemblance de ces phénomènes avec ceux qui résultent des lésions traumatiques de la moelle. Mais c'est à Laborde qu'on doit la constatation de cette lésion (*De la Paralysie dite essentielle de l'enfance*, Thèse, 1864). Elle consisterait en une altération *primitive* de la moelle épinière, particulièrement dans les parties qui président à la myotilité, avec des congestions qui en montrent la nature *irritative et congestive*, et suivie d'atrophie avec *sclérose* de la substance nerveuse. Les lésions atrophiques des muscles auraient lieu avec ou sans dégénération graisseuse. L'existence de la lésion de la moelle est très importante à connaître si on la considère comme point de départ des phénomènes observés, car elle en éclairerait le vrai diagnostic. L'esprit de l'observateur est en déroute en voyant nier cette lésion par Bouvier au moins dans un certain nombre de cas (*Union méd.*, 1867), et par Jaccoud qui la remplace par l'atrophie des nerfs périphériques (*Leçons de clin. méd.*, 1868).

Malgré ces incertitudes, nous adopterons jusqu'à nouvel ordre l'existence de lésions spinales. Elles permettent, en effet, non-seulement de bien expliquer les symptômes de la maladie, mais encore (cette remarque est très-importante

parfaitement les deux formes de la maladie : l'une bénigne et la *paralysie sans atrophie*, et l'autre avec atrophie et déformations irrémédiables, la *paralysie atrophique*. On conçoit, en lésion spinale puisse donner lieu à la première de ces formes et simplement congestive, et à la seconde lorsqu'elle est exsudative.

*tic.* — On n'a jamais vu la paralysie de l'enfance être suivie de tant sa gravité est hors de toute contestation au point de vue des irrémédiables qu'entraîne la maladie, lorsque l'atrophie survient.

non atrophique est seule sans gravité, et je puis assimiler cette à la congestion de la moelle aux paralysies passagères dues à la trébrale. J'ai signalé plus haut l'importance de l'emploi de l'électrisée pour se prononcer sur les formes bénigne ou atrophique de la on début.

#### SIE MUSCULAIRE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE.

die curieuse a été d'abord décrite par Duchenne sous la dénomination *hypertrophique congénitale (Electrisat. localisée, 2<sup>e</sup> édit., plus complètement étudiée, et reconnue comme pouvant s'étendre à supérieurs, c'est-à-dire se généraliser, sous le nom de paralysie pseudo-hypertrophique ou myo-sclérosique (Arch. génér. de t. I).* C'est d'après ce récent travail que nous en ferons l'étude d'autres observateurs, depuis les premières recherches de Duchenne, reilli et publié des observations de cette maladie (au nombre de plus Allemagne), mais on ne trouve nulle part un exposé complet de la me celui qu'en a fait notre compatriote d'après les faits qu'il a usieurs lui ont été fournis par Bouvier, H. Roger, d'Espine (d'Aix), et ron, qui en a rencontré l'exemple le plus important, communiqué 1867, à la Société des hôpitaux.

les éléments du diagnostic donnera d'abord une idée générale de lle que Duchenne l'a comprise, et qui est toute différente de la nale de l'enfance dont il a été question plus haut.

*ts du diagnostic.* — La paralysie musculaire dite pseudo-hy-s'observe dans le cours de la première ou de la seconde enfance, des enfants, dont l'intelligence est altérée, mais le plus souvent ants ayant toute leur intelligence. Les éléments diagnostiques qui nnaltre diffèrent aux trois périodes que Duchenne a établies.

emière période, il se développe un *affaiblissement* limité, en gènes moteurs des membres inférieurs, et qui retarde ou empêche la première enfance, ou qui se déclare à l'âge de trois, quatre et affaiblissement musculaire s'accompagne de troubles particuliers on et la marche : *écartement des jambes*, formation d'une cour-sacrée allant jusqu'à l'*ensellure, équin bilatéral*, et enfin *danditronc* pendant la déambulation. — Cette première période, qui a quelques mois à un an, est en général assez courte par rapport périodes.

uxième période, les troubles fonctionnels précédemment indiqués gimentant; mais ce qui caractérise cette période, c'est surtout *hie apparente* des muscles affaiblis, et avant tout des *muscles* Cette hypertrophie n'est qu'apparente, parce l'augmentation excessive des muscles n'est due qu'à l'hyperplasie de leur tissu connectif ce qui explique la faiblesse musculaire. Quel que soit le moment

7<sup>e</sup> de l'apparition de cette hypertrophie apparente, le volume des affectés *augmente progressivement et lentement*, puisque leur accroissement met une année à un an et demi avant d'atteindre son maximum. La suite est stationnaire pendant plusieurs années (deux à trois, et qu'il y en a plus).

Enfin la troisième période s'annonce par l'*aggravation de la paralysie* et son extension aux *membres supérieurs*, si, dans la première période, elle était localisée dans les membres inférieurs. Alors l'usage des membres supérieurs



Fig. 152. — Paralysie pseudo-hypertrophique chez un garçon de 10 ans vu de face, montrant ses pectoraux atrophies, quoique tous ses autres muscles soient en apparence hypertrophiés.



Fig. 153. — Même sujet vu de dos, à développement monstrueux et général des muscles (ce qui lui donne des formes athlétiques et exagérées).

était-il resté intact, l'élévation des bras devient difficile, puis impossible. Les autres mouvements s'affaiblissent ensuite, et se perdent progressivement. On voit pas cependant, dans cette troisième période, les muscles augmenter de volume, comme dans la deuxième période; il en est qui restent au contraire comparativement aux muscles hypertrophiés. En même temps ces muscles hypertrophiés perdent aussi progressivement ce qui leur restait de mouvement, au point que les pauvres enfants, alors arrivés en général à l'adolescence, ne peuvent rester constamment couchés ou assis.

Cette espèce de paralysie étant *apyrétique*, et les fonctions qui préparent la digestion, à la respiration et à la circulation se faisant comme dans



unes sujets peuvent vivre assez longtemps dans l'état le plus avancé de la maladie, sans altération des fonctions de la sensibilité et des fonctions de l'intestin. Enfin, dans une période ultime, ils tombent en épuisement, et sont rapidement enlevés par une maladie inter-

*signes diagnostiques.* — Considéré en lui-même, l'affaiblissement de la première période est loin de pouvoir suffire au diagnostic. Il est, pas rare de voir des enfants marcher tardivement sans que

la pseudo-hypertrophie des muscles se déclare; mais il n'y a alors ni l'écartement des jambes, ni l'ensellure du tronc, ni le dandinement, qui sont des signes excellents de cette première période de la paralysie qui nous occupe.

Le diagnostic n'offre plus de difficultés dès que les muscles du mollet prennent le développement difforme qui est un des principaux caractères de la paralysie pseudo-hypertrophique des muscles. C'est un phénomène morbide qui, au premier abord, étonne toujours le médecin lorsqu'il le voit coexister avec l'affaiblissement des mouvements. Les formes athlétiques qui en résultent sont malheureusement, pour certaines mères, un motif d'orgueil qui les empêche de se préoccuper de l'affection très-grave dont leur enfant est atteint. Il n'y a plus d'illusion à se faire lorsque les progrès du mal se sont étendus à la plupart des muscles du corps, comme le montrait le jeune garçon que les figures 152, 153 et 154 représentent sous ses différents aspects. Ces monstrueuses hypertrophies musculaires sont faciles, en effet, à rapporter à leur véritable origine lorsqu'elles s'accompagnent non-seulement d'affaiblissement paralytique, mais des signes progressifs du début : écartement des jambes, ensellure, dandinement dans la marche, et de plus double équinisme des pieds qui se rencontre assez souvent.



Le même sujet vu de profil, ensellure pendant la station.

lente mais fatalement croissante des phénomènes dont il vient on est une donnée diagnostique dont la valeur se révèle d'elle-même. La maladie est spontanée; c'est par exception qu'elle a débuté par des crises, ou qu'elle a été précédée d'une fièvre éruptive. — D'autres données cliniques ne pas les causes, dont quelques-unes, jointes aux phénomènes de la maladie, sont caractéristiques. La paralysie musculaire pseudo-hypertrophique est propre à l'enfance, sans être congénitale, comme Duchenne l'a pensé, et elle apparaît soit à l'âge où les enfants apprennent à marcher, soit plus tard, vers l'âge de cinq à treize ans. Elle est commune au sexe masculin, et s'est vue, en Allemagne et en Angleterre, chez des enfants de la même famille (Wernich, Heller, Meryon). Dans ces cas, on a observé il n'y avait de rachitisme.

Le diagnostic différentiel de la paralysie pseudo-hypertrophique d'abord établi avec l'atrophie musculaire progressive et la rampe outineuse, puis avec la marche tardive de la première enfance. — L'écart de la discussion le développement exagéré des tendons latéraux que l'on observe aux membres inférieurs. chez certains la marche naturelle suffit pour caractériser cet état pathologique. Lequel signale la polyurie de l'enfance, dans laquelle la vessie est adipeuse à une épaisseur considérable, tandis qu'elle est normale et un peu sur les muscles augmentés de volume dans la maladie que nous

Dans l'atrophie musculaire progressive des enfants, commençant par la face, et s'étend en plusieurs années en diminuant jusqu'au niveau du tronc, puis des membres inférieurs, on observe la parésie partielle diverse, nombreuses, avec dépression et déformation, tandis que la paralysie pseudo-hypertrophique débute par les inférieurs, puis remonte lentement vers le tronc et la face à un point en produisant un affaiblissement musculaire, malgré l'augmentation des muscles qui seule caractérise la déformation. — La paralysie (atrophique) de l'enfance débute le plus souvent par de la léthargie généralisée, tantôt paraplégique, tantôt hémiplegique ou croisée, limitée à une portion de membre, mais tous les muscles sont atteints d'emblée, puis la paralysie, suivie d'atrophie, se localise dans certains avec les déformations propres à l'atrophie. Dans la paralysie hypertrophique, il n'y a pas de fièvre, l'affaiblissement paralytique se localise aux muscles des membres inférieurs et aux extenseurs du bras, suivi d'hypertrophie musculaire apparente avec les déformations l'hypertrophie. — Enfin dans certains cas de marche tardive on trouve jusqu'à deux ou trois ans, tantôt il y a, suivant Duchenne, une lésion caractérisée par une intelligence obtuse, une parole tardive et une marche vicieuse, et tantôt un simple arrêt de la faculté coordinatrice de l'équilibre, mouvements instinctifs de la marche. Dans les deux cas, lorsqu'elle s'effectue, elle a lieu sans l'écartement des jambes, sans l'enserrure, et sans les caractéristiques au début de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Dans ce diagnostic comparé, je n'ai pas parlé de l'emploi de l'électro-contraction localisée, parce que la contractilité électro-musculaire ne m'a pas présenté des caractères distinctifs suffisamment accusés. J'ai vu jusqu'à présent de m'occuper d'un moyen imaginé par Duchenne, l'examen histologique des muscles pendant la vie. Il a été inspiré par des opérations sanglantes à peine croyables, pratiquées par trois observateurs, qui ont fait exciser des fragments de muscles sur le vivant, du bistouri, en agissant sur leurs malades comme sur une chose inanimée, dans le but de faire l'examen histologique de leurs muscles. Du plus humainement avec son trocart emporte-pièce, fig. 155, et l'a fait rigueur conseiller l'emploi de cet instrument, à la condition de ne pas l'appliquer localement la partie, s'il y avait réellement un intérêt majeur à la recherche. Mais je me hâte d'ajouter que Griesinger, Heller et Wernicke n'ont rien trouvé d'anormal dans les fibres musculaires extraites sur le vivant. Duchenne les ayant fait examiner par Ordoñez, ce dernier n'a trouvé qu'une striation très-fine, en dehors de l'hypertrophie très-considérable du tissu connectif des muscles notée par tous les observateurs. Duchenne a noté cette très-fine striation le caractère anatomique de la lésion de la fibre musculaire elle-même. Cependant la question n'est pas tranchée, car Bar-

que la striation très-fine, presque invisible, est une apparence normale qu'on verrait toujours quand on observe des muscles vivants, ou même des muscles excisés après la mort, pendant la période de la rigidité cadavérique (Aug. Ollivier : *Thèse sur les atrophies musculaires*; agrégation, 1869, p. 182).

Fig 4 Fig 5



tige fermée de l'em-  
histologique. 2, sa  
et une portion de son  
et 1, sa tige grossie  
n de montrer la ca-  
oit le morceau de  
vé par l'instrument

Ce que nous avons dit précédemment montre comment le *siège*, les *degrés* divers et les *formes* de l'affection dépendent de l'étendue des lésions musculaires, et de la période de leur évolution. On ne peut considérer comme *complications* que les maladies intercurrentes qui emportent ordinairement les jeunes malades à la fin de la maladie.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Duchenne a vu guérir deux fois la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique à sa première période (affaiblissement musculaire avec troubles dans la station et la marche). C'était chez des enfants qui en avaient été affectés seulement à l'âge de six ans ou sept ans et demi. Mais la maladie a été suivie de mort dans tous les cas où elle est arrivée à sa seconde période, celle du développement exagéré du volume des muscles par l'hyperplasie de leur tissu connectif. Or, cette exagération de volume n'est guère constatée à son début, ce qui fait que la maladie est ordinairement trop avancée pour être guérie, lorsque la pseudo-hypertrophie est évidente. La fatalité du pronostic n'est d'ailleurs pas en rapport avec l'étendue plus ou moins grande de la lésion, puisque Duchenne a vu mourir un enfant chez lequel elle était bornée aux muscles jumeaux des extrémités inférieures.

#### PARALYSIE PROGRESSIVE AIGUE.

La paralysie générale sans aliénation est-elle véritablement *essentielle*? Complètement *réflexe*? Est-elle due à une lésion *spinale*? ou bien est-elle la conséquence d'une *atrophie des nerfs périphériques*? Chacune de ces questions a été résolue affirmativement par différents observateurs. Cette diversité de vues sur la nature de la maladie explique la diversité des dénominations qui ont été appliquées : *paralysie essentielle progressive, ascendante, enso-progressive aiguë, spinale* des adultes (Duchenne), *périphérique* (Gowers).

(Duchenne d'Angers), dans son *Traité des maladies de la moelle épinière* (con-182), Cruveilhier, Graves, Sandras, O. Landry, Requin, Kussinaul, Duchenne, etc., ont publié des faits de cette paralysie générale étrange. J'en ai recueilli deux, sur l'un desquels j'aurai à revenir, et Pellegrini a proposé d'un malade qu'il a observé à Lariboisière dans le service de M. Gubier, d'approcher cette observation de treize autres déjà publiées comme des types, pour formuler la description de la maladie (*Arch. gén. de méd.* 1865, t. V).

*Signes du diagnostic*. — D'après ce relevé de Pellegrini Lévi, il existe d'abord une période prodromique consistant en *fourmillements* qui commencent aux orteils et aux doigts, et auxquels se joint un *senti-*

ment de fatigue aux extrémités, surtout aux jambes. Ces prodromes ont une durée très-variable de quelques heures, de quelques jours, ou de plusieurs semaines.

La faiblesse, sans cause appréciable, devient rapidement plus considérable et se change, tout à coup parfois, en une véritable paralysie qui atteint d'abord les membres inférieurs, et qui rarement débute par les membres supérieurs ou par le pharynx et l'œsophage. La paralysie envahit ensuite graduellement les quatre membres, ainsi que le tronc et même le diaphragme. Il en résulte que le malade est absolument immobile dans son lit dans le décubitus dorsal, en proie à une dyspnée avec des exacerbations variables, et à une dysphagie variable également. L'intelligence et la mémoire sont intactes, la physionomie animée, sans expression de souffrance, parfois il y a de funestes pressentiments, une malaise, de l'insomnie, pas de douleurs; cependant il y en eut, dans un cas, de très-vives aux membres inférieurs, et seulement quand on soulevait la tête du malade; elles cessaient immédiatement dans le décubitus. La constipation est habituelle, et la miction volontaire avec urines parfois ammoniacales au moment de l'émission. Nous verrons cependant que la paralysie peut s'étendre à la vessie, et que la contractilité électrique presque toujours intacte, et trouvée une seule fois très-affaiblie par Duchenne, peut être complètement abolie, comme je l'ai observé. A aucun moment il n'existe ni contracture, ni secousse spasmodique, ni vibrations fibrillaires, ni tremblement. Le pouls ne dépasse jamais 100 pulsations, la chaleur est modérée et il y a fréquemment des sueurs profuses. La mort peut survenir, et très-promptement, par l'immobilité des muscles respirateurs. La terminaison fatale a eu lieu du troisième au douzième et treizième jour, une fois seulement au vingtième jour (Duchenne).

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsqu'on est en présence d'un malade à la période prodromique, il n'est pas possible d'établir le diagnostic, car ces prodromes n'ont rien de spécial. Cependant les fourmillements persistants des extrémités doivent faire craindre l'invasion de la paralysie; et il n'y a plus de doute à avoir sur son existence lorsqu'elle envahit rapidement les membres et le tronc en même temps qu'il y a une intégrité parfaite de l'intelligence. Cet envahissement peut se faire en moins de vingt-quatre heures, comme l'a vu le docteur Caussin chez une femme âgée de soixante ans. J'ai vu un cas semblable en 1853. Un menuisier âgé de trente ans, parti le matin à pied de son domicile, près de la porte Saint Denis, pour son atelier situé au faubourg Saint Antoine, éprouva en y arrivant des fourmillements avec une difficulté de plus en plus grande dans la préhension des objets; rentrant chez lui presque aussitôt, il fut trois heures à opérer son retour, par suite de l'affaiblissement rapidement croissant de ses membres inférieurs, qui l'obligeait à s'asseoir sur chaque banc qu'il rencontrait. Arrivé à sa porte, il dut être porté à son lit, où il resta dans une immobilité complète; c'est ainsi que nous le vîmes le lendemain à l'hôpital de la Pitié, où il fut transporté. Cette immobilité était absolue, sans pour les muscles respirateurs; son intelligence était complète, le regard expressif, la tête immobile comme le reste du corps; la contractilité musculaire électrique était partout absolument abolie, et cette paralysie générale était la plus complète que j'aie jamais vue, même au niveau de la vessie. J'aurai à revenir sur cette intéressante observation.

Il est évident qu'un pareil ensemble de phénomènes, et principalement l'envahissement rapide de la paralysie avec intégrité des fonctions intellectuelles ne permet pas de douter sur l'existence de la paralysie progressive ou envahissante aiguë. L'absence de tout tremblement, de toute convulsion ou contracture



et au défaut de lésions matérielles de la moelle, le défaut de réaction réflexe, et surtout l'envahissement toujours continu, jamais mobile, du mouvement dans les différentes parties successivement atteignant un groupe de signes caractéristiques qu'on ne retrouve dans aucune autre.

Le pas de l'emploi de l'électrisation comme moyen de diagnostic, la contractilité électrique, habituellement intacte, a été trouvée une fois par Duchenne, et par moi complètement abolie dans le fait que je rapporte. Cette abolition de la contractilité électrique musculaire était chez mon malade, que l'électrisation, employée comme moyen de traitement, survenue au huitième jour, ne réveilla jamais de mouvement, un léger soulèvement du pouce dans les derniers jours.

Les phénomènes qui caractérisent la maladie fournit elle-même des indices utiles au diagnostic. L'apparition rapide et l'envahissement successif de la paralysie, commençant habituellement par la périphérie ou les extrémités, plus rarement par le pharynx, pour gagner les différentes parties du corps, offrent une physionomie toute particulière. Il en est de même de la durée de la maladie quand elle est suivie de mort, ce qui est malheureusement ordinaire. — L'étiologie de la maladie étant fort obscure, on ne peut rien conclure pour le diagnostic de la constatation des faits peu nombreux qui portent aux causes. La maladie a été observée plus souvent chez les hommes que chez les femmes, entre l'âge de vingt et quarante ans dans la plupart des cas, et exceptionnellement dans l'enfance et la vieillesse. Dans les refroidissements prolongés, le corps étant en sueur, sont la cause déterminante qui soit bien connue.

Il est nécessaire de discuter le diagnostic différentiel avec les autres paralysies. Je dis générales, car il faut mettre hors de cause les paralysies limitées, les paraplégies dues à des affections de la moelle. Parmi ces dernières, il y a cependant la *congestion de la moelle*, qui a été comparée à la paralysie progressive aiguë; mais la marche et les caractères si différents des deux (Voy. CONGESTION DE LA MOELLE, p. 223), et la terminaison, si différente, sont heureuses de cette dernière, et si fatale dans la maladie qui nous occupe, constituent des dissemblances trop grandes pour que la confusion puisse se faire comme elle paraît l'avoir été par Ollivier (d'Angers) alors que la paralysie progressive aiguë était loin d'être connue. Cependant la confusion de la paralysie avec la congestion de la moelle n'a-t-elle pas été faite dans le cas rapporté par Caussin (*loc. cit.*), dans lequel il existait des *douleurs lombaires* qui semblaient révéler l'hyperémie de la moelle? C'est ce qu'il est difficile de décider en l'absence de la nécropsie.

Le défaut absolu de lésions quelconques de la moelle épinière a été constaté par l'examen microscopique dans tous les cas de mort par paralysie progressive envahissante aiguë dans lesquels la recherche a pu en être faite. C'est ainsi dans l'observation que j'ai rapportée; et à ce propos, je ferai remarquer que la paralysie vésicale existait ici, malgré l'absence de toute lésion de la vessie, ce qui démontre une fois de plus qu'on ne peut se fonder sur l'absence de cette paralysie de la vessie pour affirmer une paralysie progressive avec ou sans lésions de la moelle.

La paralysie progressive aiguë peut se présenter sous deux formes importantes. Le plus souvent continue dans son évolution, elle peut offrir des rémissions plus ou moins répétées dans sa marche. Caradé, de Toulon, a vu une femme dont la maladie était caractérisée par des

Quand la guérison a lieu, il ne faut pas oublier qu'elle se fait avec une grande lenteur, et que les muscles envahis les derniers mouvements commencent à revenir.

**PARALYSIES LOCALISÉES.** — A propos des paralysies dont nous avons traité dans le précédent article, nous avons vu que la généralisation ou la localisation de la paralysie était le point le plus pratique du diagnostic. Le groupe des paralysies localisées étudié à part, va surtout démontrer l'importance clinique de ce fait.

Que les paralysies partielles se montrent isolées, ou se combinent sous l'influence des causes que j'ai rappelées (*Voy. PARALYSIES GÉNÉRALES*), elles n'en ont pas moins des caractères particuliers, des conditions, et une signification qu'il est indispensable de connaître. Les paralysies constituent d'ailleurs, non de simples symptômes, mais des maladies.

Je vais m'occuper successivement : 1° de l'hémiplégie ; 2° de la paralysie faciale ; 3° de la paralysie des muscles de l'épaule ; 4° des paralysies des membres supérieurs ; 5° d'un des membres inférieurs ; 6° de la paralysie des muscles de l'œil ; 7° de la paralysie de la langue ; 8° du voile du palais ; 9° du voile du palais et des lèvres ; 10° du larynx ; 11° du diaphragme ; 12° des muscles abdominaux, des intestins, du rectum ; 13° de l'anus ; 14° de la vessie.

Les considérations générales dans lesquelles je suis entré (*Voy. PARALYSIES GÉNÉRALES*) abrégeront beaucoup ma tâche dans l'étude des paralysies locales, à propos desquelles je n'insisterai que sur les points qui leur sont propres. Je passerai sous silence certaines paralysies connues que reconnues, et que l'on a cru être l'origine de troubles de certains organes. C'est ainsi que l'on a attribué la lenteur de la faiblesse ou l'intermittence du pouls et une syncope mortelle, du moins les troubles de la circulation et les dilatations cardiaques.



qu'au supérieur, en raison du poids du corps que doivent supporter les parties pelviennes. On a cru d'abord que la température des membres était abaissée d'une manière positive et constante. Mais des recherches thermométriques exactes ont mis en relief la difficulté de formuler des résultats : la température étant comparativement trouvée tantôt plus élevée, tantôt normale du côté paralysé, et d'autres fois en parfait équilibre. C'est ce qui résulte des recherches de Folet (*Gaz. hebdom.*, 1867). Suivant Charcot, la température ne s'élèverait dès le début de l'hémorrhagie cérébrale, cause habituelle de la paralysie, par le fait des modifications de la nutrition, et lorsqu'elle s'élève à 40, 41 degrés, c'est l'indice d'une mort prochaine (*Soc. de biol.*,

additions pathologiques de l'hémiplégie sont nombreuses. Elles se rattachent à la plupart des lésions de la pulpe cérébrale développées du côté du même que celui de l'hémiplégie, à la simple congestion, mais le plus souvent à la ramollie, plus rarement au ramollissement. L'hémiplégie résulte de toutes les lésions très-diverses de compression d'un hémisphère ; c'est ce qui explique la paralysie subite ou graduelle dans l'hémorrhagie méningée cérébrale que l'on observe chez les vieillards, mais qui est exceptionnelle dans la même affection chez les enfants (Barthez et Rilliet). Les tumeurs, les exostoses, doivent être rappelées ici comme causes d'hémiplégie. — L'hémiplégie faciale du même côté que la paralysie des membres se joint ordinairement à cette dernière, comme l'ont démontré les recherches de Gubler, l'hémiplégie faciale d'un côté coïncidant avec la paralysie des membres du même côté (opposé) annonce le plus souvent que la lésion occupe le mésocéphale. Les lésions du cervelet peuvent produire aussi l'hémiplégie, tantôt du même côté que la lésion, tantôt du côté opposé. — On a attribué encore certaines hémiplégies, non à une lésion de l'encéphale ou de ses membranes, mais à l'oblitération embolique d'un de ses troncs artériels (*Voy.* p. 328). — Il est très-rare qu'une lésion latérale de la moelle (à sa partie supérieure) produise une hémiplégie, comme Ollivier (d'Angers) en a cité quelques exemples. Elle siège alors du même côté que la lésion, et peut résulter d'une simple déviation du rachis entraînant latéralement la moelle. Ch. Bouchard a démontré qu'à la suite de lésions du cerveau il se produit à la longue des dégénération secondaires de la moelle, d'où résultent les contractures tardives des membres déterminant des paralysies vicieuses dans les membres paralysés, surtout dans le supérieur, plus que dans le inférieur, des accès épileptiformes, et de véritables épilepsies chez les sujets atteints d'hémiplégie dans l'enfance, de même que chez les vieillards atteints de la même affection. Les lésions des cordons blancs de la moelle qui correspondent à ces phénomènes symptomatiques sont d'abord la transformation granulo-graisseuse des tubes nerveux (nécrobiose), puis la production tardive du tissu conjonctif pour ainsi dire la cicatrisation du cordon dégénéré (Ch. Bouchard, *Ann. méd.*, 1866, t. VII et VIII). Ces contractures élèvent la température thermométrique du côté paralysé (Charcot).

ce qui rend le diagnostic de l'hémiplégie difficile à élucider, c'est son caractère fréquent indépendant de toute lésion matérielle connue des nerfs, et lorsqu'il n'y a pas de symptômes concomitants suffisants pour trancher la question. Parmi ces hémiplégies, les plus remarquables et les plus accentuées sont sans contredit les hémiplégies *hystériques*. De même que les paralysies dues à une lésion de la moelle épinière, elles apparaissent sans les lésions cérébrales que l'on rencontre le plus souvent (non toujours cependant) dans les hémiplégies par lésion cérébrale. Simpson a signalé aussi l'hémiplé-

gie comme devant quelquefois résulter de l'albuminurie (?). Parmi les symptômes concomitants qui peuvent faire admettre qu'il y a une lésion des centres nerveux, il en est un très-important, mais malheureusement inconstant : je veux parler de la *déviatio synergique des deux yeux et de la tête du côté opposé à la lésion cérébrale*. Signalé par Gubler à propos de l'hémiplégie alternée (*Gaz. hebdom.*, 1859), mais passé inaperçu, il a été rappelé et mis en relief comme signe de bon nombre d'hémiplégies ordinaires par Prévost, interne de la Salpêtrière (*Gaz. hebdom.*, 1865). Cette déviation des globes oculaires et de la tête persiste ordinairement quelques jours et disparaît ensuite, en se montrant dès le début de l'attaque. Prévost l'a vue cependant une fois apparaître seulement quelques jours après l'invasion de l'hémiplégie et persister plus que de coutume (*Union méd.*, 1865). Ce symptôme a été confirmé par d'autres observateurs, en Angleterre (Lockhart-Clarke, Reynolds) aussi bien qu'en France.

#### B. PARAPLÉGIE.

La limitation de la paralysie aux membres inférieurs, qui constitue la paraplégie, peut être méconnue si elle est incomplète, lorsqu'on examine le malade couché, et que l'on se contente de lui faire soulever ses membres dans son lit, pour juger de leur myotilité. Il lui est alors possible, en effet, d'opérer ces mouvements étant couché, tandis que l'exercice de la marche peut présenter une difficulté caractéristique. Il est donc essentiel de faire marcher le malade de qui l'on soupçonne un affaiblissement paraplégique des membres inférieurs. Accompagnée fréquemment de fourmillements, la faiblesse des membres pelviens est d'abord marquée dans l'articulation tibio-tarsienne, d'où elle gagne ensuite plus haut ; la pointe du pied traîne d'abord et fait broncher le malade sur un terrain inégal, puis le genou fléchit sous le poids du corps et les membres sont soulevés dans la marche par des mouvements caractéristiques de la hanche ou du tronc. La sensibilité est en même temps diminuée ; il semble au malade que ses pieds appuient sur un corps mou, comme sur un tapis. La paraplégie peut aussi être absolue immédiatement à son début, ou le devenir graduellement ; la station est, dans le premier cas, complètement impossible. À la paralysie musculaire se joignent celle de la sensibilité et le plus souvent la paralysie de la vessie et du rectum. Les membres affectés ont quelquefois de la raideur, et sont le siège de douleurs sourdes ou de picotements, parfois de points dermalgiques (Valleix). Ces derniers ne feront pas croire à une névralgie sciatique avec affaiblissement des mouvements, attendu qu'un seul membre est habituellement atteint dans cette dernière affection, et qu'il y a des accès douloureux caractéristiques.

Les conditions pathologiques de la paraplégie sont importantes à rappeler. Ce sont d'abord la myélite, la congestion, l'hémorrhagie et les autres lésions de la partie inférieure ou moyenne de la moelle, les compressions qu'elle subit, les oblitérations de l'aorte, des artères iliaques primitives ou des fémorales. J'ai rappelé plus haut le fait de paraplégie due à une embolie oblitérant les iliaques qui a été publié par H. Bourdon (*Voy.* p. 722). De son côté, Charcot a signalé, non plus des embolies, mais la thrombose des mêmes artères comme cause de paraplégie dans certains cas de cancer. Ici la coagulation sanguine dans l'artère se ferait sur place comme elle se fait dans les veines dans la même cachexie (*Soc. méd. des hôpit.*, mars 1865). A cette occasion, Charcot a rappelé qu'une paraplégie qu'on peut appeler *douloureuse* résulterait, dans les cas du cancer du sein, de dépôts secondaires cancéreux dans l'épaisseur du corps des vertèbres, surtout à la région lombaire, comme Cazalis l'a fait remarquer. Cette paraplégie douloureuse se caractériserait par des douleurs lombaires vives, avec constriction



ble de la partie la plus inférieure de l'abdomen, réveillées par les moindres touchements, sans anesthésie par conséquent, tandis que les mouvements manifestement affaiblis au niveau des membres inférieurs, en dehors de la faculté que les douleurs peuvent apporter à la marche; l'atrophie musculaire.

On trouve d'autres causes assez fréquentes de paraplégie dans les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. Mais d'autres causes très-nombreuses en dehors de lésions appréciables ont été également servées, et rappelées par Raoul Leroy, d'Etiolles (*Des Paraplégies*, Paris, 1856). C'est la chloro-anémie compliquée d'hystérie, l'anémie par pertes sanguines exagérées, les pertes séminales involontaires, les fièvres graves, l'irritation gastro-intestinale, la pellagre, l'intoxication saturnine ou arsenicale, l'action prolongée du froid et la diathèse rhumatismale, l'asphyxie, certaines lésions cérébrales (ce qui doit être admis avec beaucoup de réserve). Il faut ajouter à ces causes de paraplégies la *glycosurie* (Marchal), la *diphthérie* (Mainault), l'empoisonnement par l'*acide oxalique* (Taylor, cité par Tardieu), et certains poissons, comme le *muraena conger* (Crisholm, cité par Graves). La paraplégie qui suit la diphthérie peut simuler une myélite, lorsqu'il existe une douleur rachidienne plus ou moins intense à la pression. Mais la contractilité électro-musculaire est alors intacte, ce qui n'a pas lieu dans la myélite. L'abolition de la contractilité électrique des muscles des membres inférieurs, associée, en effet, avec les lésions de la moelle, sans que cependant elle en soit un signe pathognomonique.

Les paralysies sans lésion de la moelle, et qui ont une origine si diverse au point de vue de l'observation clinique, seraient toutes, suivant la remarque de Brown-Séquard, produites de la même manière : *par action réflexe*. Une irritation, ayant son point de départ dans un nerf sensitif, précède la paralysie, quand l'irritation cesse, la paralysie cesse souvent, et dans un espace de temps très-court. Il en résulte des paraplégies d'une grande fréquence, et remarquables par la rapidité de leur guérison. L'irritation d'un nerf sensitif peut avoir pour effet la contraction des capillaires sanguins dans la moelle, dans les nerfs, dans le mouvement, dans les muscles, et par suite une nutrition insuffisante de ces parties. Quoi qu'il en soit de cette explication, elle fait comprendre comment nos recherches anatomiques les plus minutieuses peuvent ne rien constater avant la mort dans le système nerveux.

Brown-Séquard considère comme pouvant servir de type les paraplégies produites par les irritations des organes urinaires, et il établit leur diagnostic différentiel avec celles qui sont dues à la myélite. Comme caractères opposés à ceux des paraplégies par myélite, il signale les suivants : limitation de la paralysie (ordinairement incomplète) aux membres inférieurs, sans augmentation ou abolition complète du pouvoir réflexe; paralysie rare ou très-incomplète de l'estomac et du rectum, spasmes des parties paralysées extrêmement rares; pas de douleurs spinales spontanées ou provoquées, pas de sensation de constriction douloureuse autour du tronc; pas de fourmillements ou d'engourdissements; anesthésie rare. La paraplégie par myélite se distingue par des signes contraires. (Brown-Séquard, *sur les paral. des memb. infér.*, etc., 1861).

3. HÉMIPLÉGIE FACIALE (*paralysie de la face, ou de la septième paire de*

nerf). Cette paralysie, occupant une des moitiés de la face, mérite une description particulière, car elle ne se montre pas seulement comme un phénomène concomitant de l'hémiplégie des membres dans les affections cérébrales, mais

De ce même côté, le *front* ne présente plus de rides transversales, est fléchi, l'*œil* reste ouvert et laisse écouler les larmes, la joue nasale correspondante est affaissée et plus étroite; l'aile du nez, le labial et la commissure buccale sont sensiblement abaissés, d'où la bouche, dont la partie moyenne est entraînée vers le côté sain, ment l'œil est saillant et présente une sécheresse de la conjonctive, l'opacité de la cornée qui résultent de l'occlusion incomplète des paupières. La rotation de l'œil opérée par les muscles obliques n'y remédie pas, surtout par les mouvements des muscles non paralysés de la face. Le strabisme entre les deux côtés du visage est frappant. Du côté paralysé, l'œil reste ouvert pendant le clignotement de l'œil sain, la narine est plus étroite et peut gêner l'inspiration; la flaccidité de la joue et de la lèvre inférieure, qui restent entr'ouvertes de ce côté, laisse échapper la salive et les aliments, rendent imparfaites ou impossibles la prononciation de la lettre *o* et des labiales *b* et *p*, l'action de siffler, de souffler et de lancer la salive au dehors dans l'acte de la succion. La joue paralysée se laisse distendre d'une manière passive dans la déglutition ou lorsque le sujet veut parler avec emphase. C'est surtout quand il veut parler ou rire que s'observe le défaut de symétrie entre les deux côtés de la face. On a constaté en outre, dans certains cas, la déviation du côté sain, et celle de la lèvre; mais il ne faut pas oublier que la lèvre peut être déviée dans l'état sain, comme l'a démontré Debrou. Il est quelquefois plus obtuse du côté affecté, suivant P. Bérard; elle est toujours exaltée au contraire, suivant Landouzy; le sens du goût et de la langue peuvent aussi être pervertis dans les deux tiers antérieurs de la langue du côté correspondant à la paralysie, par suite de la lésion du tympan (Bérard, Duchenne).

2° *Inductions diagnostiques.* — Parmi ces signes nombreux, ordinaires d'ailleurs de rencontrer tous réunis, les plus fréquents

ment, et qui, dans une certaine mesure, coïncide quelquefois avec l'hémiplégie faciale qui m'occupe.

La question principale du diagnostic est ensuite d'établir si la paralysie faciale est *symptomatique* ou *idiopathique*.

On n'oubliera pas que l'hémiplégie faciale due à une *lésion cérébrale*, et le plus souvent liée à d'autres paralysies et à des troubles cérébraux, survient quelquefois comme seul phénomène paralytique d'une hémorragie cérébrale, d'un ramollissement. Durand-Fardel (*Traité des mal. des vieillards*, 1854) a pu constater comme donnant la certitude presque entière de l'imminence ou plutôt du début du ramollissement, l'importance des plus légers signes de paralysie faciale chez le vieillard (paupière et sourcil d'un côté situés plus bas que du côté opposé, où la bouche est entraînée quand le malade parle ou rit). L'hémiplégie faciale est parfois symptomatique d'une lésion du nerf facial, d'une inflammation développée autour de l'oreille externe, d'une otite interne, d'une parotidite, d'une stomatite mercurielle, d'une tumeur développée sur le trajet du nerf, d'une carie du rocher, ou d'un tubercule dans l'oreille, à laquelle la paralysie est précédée d'otorrhée), lésions qui agissent en produisant un ramollissement, la destruction partielle, l'induration ou la compression du nerf facial.

On a rattaché encore l'hémiplégie faciale au rhumatisme ou à la syphilis, en constatant cette hémiplégie survenir chez des sujets atteints depuis longtemps de douleurs rhumatismales ou de symptômes syphilitiques; mais dans les faits de ce genre, l'étiologie est loin d'être aussi bien démontrée que dans les précédents.

Dans beaucoup de ces conditions, lorsque la marche de l'hémiplégie faciale est chronique, ses progrès graduels sont un excellent signe de sa nature symptomatique à joindre à ceux de l'affection qui en est l'origine.

Est-il possible de déterminer, d'après les signes fournis directement par la paralysie faciale elle-même, le point où une lésion locale agit pour produire la paralysie? Suivant Ch. Bernard (*Leçons sur le système nerveux*, 1858), la persistance du goût, lorsqu'on la constate, démontre que le nerf facial est lésé au-dessus de l'émergence de la corde du tympan dans le canal de Fallope, tandis que, lorsque ce symptôme manque, la paralysie du nerf n'est pas entière, et la lésion qui la produit est située plus bas. Ces données ont leur importance, car elles facilitent le diagnostic anatomique dans certaines circonstances.

Quant à l'hémiplégie faciale non symptomatique, sa cause est quelquefois traumatique; telles sont: l'application du forceps sur le nouveau-né (Vernois, Dubois, Landouzy), et, chez l'adulte, la contusion du nerf par un coup sur le cou (Brodie), ou sa division dans une opération. L'action du froid, qui agit pour au lendemain, est une cause importante, plus positive et plus facile à constater que les suivantes, indiquées par les auteurs: une vive émotion morale (frayeur, colère), la suppression des règles, la rétrocession d'une affection fébrile, la suppression d'un coryza périodique. Il est clair que la connaissance de ces dernières causes ne saurait être d'une aussi grande utilité pour le diagnostic que celle des causes traumatiques ou de l'action du froid.

Comme complication de l'hémiplégie faciale idiopathique, on a observé, sous l'influence de la même cause (impression d'un air froid), une *névralgie de la quatrième paire*. Ch. Bell a constaté aussi l'*atrophie des muscles paralysés* dans une hémiplégie faciale ancienne.

**Pronostic.** — L'hémiplégie faciale est très-peu grave lorsqu'elle est idio-

pathique; elle se dissipe ordinairement en peu de temps, dans deux septénaires. Cependant celle que présentent les nouveau-nés, qui perdure de quelques heures, s'est prolongée parfois pendant deux mois (L. Lorsque la paralysie est symptomatique, son pronostic est subordonné de la maladie principale, suivant que celle-ci est ou non au-dessus des sources de l'art.

#### D. MUSCLES DE L'ÉPAULE.

Lorsque les muscles de l'épaule, ou plutôt les muscles qui s'insèrent au scapulum et la partie externe de la clavicule, sont atteints de paralysie complète ou incomplète, le diagnostic, dont on trouve des données si précieuses dans le remarquable ouvrage de Duchenne, de Boulogne (*De l'Électrisation localisée*, 2<sup>e</sup> édit., 1861), est loin d'être sans difficultés dans un assez grand nombre de cas. Cela se conçoit lorsque l'on songe que rarement un seul de ces muscles est atteint, que la production de mouvements, simples en apparence, exige la synergie de plusieurs muscles, comme l'a si bien démontré Duchenne, enfin que, pour quelques muscles, la paralysie, inaperçue dans le repos, ne se montre seulement pendant certains mouvements.

Ces paralysies se révèlent à l'observateur : 1<sup>o</sup> par des *déformations apparentes* à première vue ou seulement par certains mouvements (*Voy. LES*); 2<sup>o</sup> par des *déplacements du scapulum*; 3<sup>o</sup> par la *faiblesse ou l'insensibilité des contractions musculaires* dans les mouvements spontanés ou provoqués par l'électrisation. Ces paralysies sont assez fréquemment accompagnées de l'atrophie musculaire; mais il n'est pas rare qu'elles aient leur origine dans une lésion des centres nerveux encéphaliques, dans une intoxication, dans une simple influence dite *rhumatismale*. Parmi les signes de paralysie, les déformations de l'épaule et les déplacements du scapulum occupent le premier rang (*Voy. ÉPAULES*, p. 368).

a. — Lorsque une épaule est manifestement plus basse que l'opposée, cette disposition n'est due ni à une pleurésie antérieure, ni à une déformation du squelette, cet abaissement de l'épaule indique une *paralysie* du muscle, dans les conditions suivantes, qui varient suivant les parties du muscle atteintes :

Si le malade ne peut élever le moignon de l'épaule abaissée, ce fait du côté opposé, la paralysie occupe la portion claviculaire seulement, aussi la portion moyenne du trapèze.

Si l'épaule est abaissée et pendante comme prête à se détacher, s'il existe au niveau des attaches du trapèze des tiraillements douloureux, obligent le malade à se coucher pour s'y soustraire, et si enfin l'angle inférieur du scapulum, malgré l'abaissement du moignon, est situé plus près de l'épine vertébrale que l'angle inférieur du côté opposé (du rhomboïde), on a affaire à une paralysie des deux tiers inférieurs du muscle.

Si l'épaule est portée plus ou moins fortement en avant sans être abaissée, et qu'il en résulte que la poitrine semble se creuser sous la clavicule du même côté, tandis qu'en arrière le côté correspondant du dos s'arrondit, généralement; si en même temps, dans le mouvement fait par le malade pour rapprocher les deux scapulums, celui du côté malade s'élève en tendant dedans sur son angle claviculaire, on peut être certain que le tiers inférieur du trapèze est paralysé, à l'exclusion des portions plus élevées du muscle. Cette paralysie a des signes qui ont une grande analogie avec la *contracture rhomboïde* (*Voy. CONTRACTURES PARTIELLES*), mais ce dernier muscle



contracturé, forme un relief saillant et dur caractéristique, entre l'épine le et le bord interne du scapulum, relief qui manque dans la paralysie inférieure du trapèze.

*Lorsque le bras ne peut être porté dans l'abduction, il y a paralysie*

*Si le bras peut être porté en avant, et si, pendant ce mouvement, le vertébral du scapulum fait sous la peau une saillie insolite et énorme en forme d'aile, saillie qui disparaît dans le repos musculaire, c'est la paralysie du muscle dentelé correspondant. Ce signe suffit au diagnostic, mais on peut le rendre plus certain en appliquant la main sur chaque épaule du malade et en repoussant les deux épaules en sens opposé; on sent alors le scapulum du côté lésé résister beaucoup moins que l'autre, et l'on peut même imprimer alors au scapulum un mouvement de recul qui fait saillir complètement son bord spinal sous la peau.*

*La paralysie du dentelé peut être méconnue si en même temps il y a paralysie du deltoïde, parce que l'élévation du bras, qui révèle la paralysie du dentelé, est impossible; cependant si la paralysie du dentelé est complète, l'élévation du muscle, faite en appliquant les excitateurs en avant du bord inférieur du grand dorsal, sur les digitations du grand dentelé, démontre sa fonction en ne provoquant pas les mouvements du scapulum. On a peine à constater que cette déformation ait pu être prise pour une déviation de la colonne vertébrale.*

— *Si l'épaule est complètement inerte pendant les efforts du malade à porter en avant, il peut y avoir paralysie simultanée du deltoïde, du pectoral et du grand dentelé.*

Il faut chercher dans l'épaule la cause de la paralysie de certains mouvements qui paraissent se passer dans l'avant-bras ou la main, et qui ont leur véritable départ dans la paralysie des muscles *rotateurs de l'humérus*, ainsi que Duchenne l'a démontré. C'est surtout les rotateurs en dehors (*sous-épineux et petit rond*) qui sont affectés.

Un signe particulier qui annonce cette singulière affection locale est l'impossibilité d'écrire les mots en ligne, la main, malgré la liberté de ses mouvements, cessant d'être portée en dehors par l'avant-bras ou plutôt par la rotation du bras en dehors. Il est facile de distinguer, suivant Duchenne, si les rotateurs de l'humérus en dehors ont seuls perdu leur action ou si tous les rotateurs (en dehors et en dedans) sont lésés à la fois, bien que, dans l'un et l'autre cas, les symptômes apportés dans l'usage du membre soient à peu près les mêmes. Qu'on fasse, en effet, dans la rotation en dehors le bras affecté, l'avant-bras étant dans la flexion, le malade pourra évidemment le tourner en dedans, si les muscles exécutent ce mouvement (*sous-scapulaire, grand rond, sus-épineux*) seuls. Pour s'assurer si les rotateurs en dehors ont ou non conservé leur action, on pourra au contraire faire porter le bras en dehors.

#### MEMBRE SUPÉRIEUR.

Le membre supérieur est assez souvent atteint isolément de paralysie, soit en ensemble, soit au niveau d'un ou de plusieurs muscles.

Le bras tout entier est quelquefois frappé de paralysie par suite d'une hémorrhagie cérébrale, d'un ramollissement du cerveau, ou consécutivement à une lésion de la moelle cervicale ou du plexus cervical. Longtemps après l'invasion d'une hémorrhagie cérébrale avec hémiplegie, le membre inférieur peut avoir conservé ses mouvements et le bras reste paralysé. Les commémoratifs seront, dans ces derniers cas, très-utiles au diagnostic; mais si le malade les dissimule,

l'origine de la paralysie pourra être incertaine. D'un autre côté, on voit quelquefois la paralysie saturnine n'affecter qu'un seul bras. Suivant Duchenne l'électrisation permet, comme je l'ai dit précédemment (p. 325), de distinguer entre elles ces différentes paralysies. On a vu la paralysie du deltoïde produite isolément par une chute sur l'épaule (*Amer. med. Times*, 1866).

Parmi les paralysies plus limitées du membre supérieur, les plus fréquentes sont celles des muscles extenseurs. Diverses paralysies des mains, la paralysie de certains muscles et en particulier de ceux placés sous la dépendance du nerf radial méritent aussi une mention particulière.

La paralysie des extenseurs, qui se reconnaît à ce que les malades ne peuvent étendre horizontalement les mains, les avant-bras étant portés en avant, est due presque toujours à l'intoxication saturnine (*Voy.* p. 573). On distingue ces faits de la paralysie des extenseurs produite par le froid, en ce que l'électrisation démontre que la contractilité et la sensibilité musculaires sont conservées dans la paralysie saturnine, sauf au niveau du long supinateur, tandis qu'elles sont conservées, et que la sensibilité musculaire est même augmentée, dans la paralysie due à l'influence du froid, qui paralyse le long supinateur comme les autres muscles. Un autre caractère distinctif de la paralysie des extenseurs cause saturnine a été signalé en 1868 par Gubler (*Soc. méd. des sciences*) et par Nicaise (*Gaz. méd. de Paris*). Ce sont des nodosités développées le trajet des tendons, notamment au niveau de l'indicateur, du médium et de l'annulaire. Ce signe n'est cependant pas spécial à la paralysie par intoxication saturnine, puisque Gubler l'a rencontré dans un cas d'hémiphégie de cause cérébrale.

Au niveau de la main, il ne faut pas oublier que les paralysies des muscles qui font mouvoir les doigts ont souvent leur véritable siège dans l'avant-bras même dans l'épaule, où ce siège est parfois révélé par l'atrophie des muscles. Mais les muscles de la main elle-même peuvent être isolément atteints d'atrophie, comme les interosseux, les lombricaux (qui servent à étendre les deux dernières phalanges des doigts et à fléchir les premières), les muscles des éminences thénar et hypothénar, dont Duchenne a si bien fait connaître les fonctions.

Voici comment on constate ces diverses localisations paralytiques.

a. — Si, les premières phalanges de la main du malade étant maintenues tendues par l'observateur, l'extension volontaire des deux dernières phalanges des doigts est possible, la paralysie siège dans les muscles extenseurs et fléchisseurs (à l'avant-bras).

b. — Si au contraire l'extension volontaire des deux dernières phalanges est impossible dans la même condition, et qu'on ne sente aucun effort qui tend à fléchir les premières phalanges, la paralysie porte sur les muscles lombricaux et interosseux.

L'impossibilité de rapprocher les doigts écartés pendant leur extension annonce le premier degré d'affaiblissement de ces muscles interosseux, tandis que l'impossibilité de les étendre en indique un degré plus avancé, et que la main en griffe, c'est-à-dire la déformation caractérisée par la flexion des deux dernières phalanges des doigts et l'extension également forcée des premières phalanges sur le métacarpe, est le signe de l'atrophie ou de la paralysie la plus complète des interosseux (*Voy.* p. 612).

c. — La difficulté ou l'impossibilité qu'éprouve le ponce d'étendre la première phalange, et de se porter en dedans pour s'opposer aux mouvements des doigts de la main, dénote la paralysie des muscles de l'éminence thénar.

alyisie par atrophie, l'*éminence thénar* a disparu si cette atrophie ; et le pouce se trouve porté en dehors et en arrière, *de niveau des doigts*, si la main est étendue. L'électrisation localisée aux muscles rétablit momentanément leurs mouvements physiologiques ou l'atrophie sont incomplètes.

Parésie d'un groupe de muscles ou d'un seul muscle du membre supérieur que celle des muscles placés sous la dépendance du radial qui est décrite par Duchenne, peut résulter de l'action plus ou moins prolongée de la compression des muscles ou des troncs nerveux produit quelquefois un effet analogue sur le membre supérieur. Abercrombie (*Malad. nerveuses*) a cité un cas de ce genre relatif à un individu qui s'était tenu longtemps sur des béquilles pendant un spectacle public, et chez lequel fut rebelle, quoique dans les faits de cette espèce elle soit ordinairement temporaire. Des faits analogues de compression du nerf radial ont été observés chez les porteurs d'eau de Rennes, qui portent leurs deux cruches contre chaque côté de leur poitrine (Bachon, *Mém. de méd. et de chir.*, 1864); chez un homme ayant dormi le bras appuyé sur le sommet de sa tête (Icard). Ollier a vu le même effet produit par le cal d'une fracture (de *méd. de Lyon*); Hérard, comme Abercrombie, par la pression du nerf (de *Gaz. des hôpit.*, 1865).

Enfin, à la suite de lésions traumatiques ou spontanées du cerveau, de la moelle ou des nerfs du plexus cervical, et de l'atrophie idiopathique, de l'intoxication saturnine, de l'influence du froid et de la compression prolongée du membre supérieur, les paralysies qui m'ont paru encore reconnaître pour cause l'hystérie.

#### PARALYSIE INFÉRIEURE.

La paralysie isolée d'un des membres inférieurs est due quelquefois à une lésion des troncs nerveux ou artériel qui s'y distribuent, d'autres fois à la compression prolongée, à l'action du froid. Cette paralysie d'un seul membre tend à immédiatement éloigner l'idée d'une lésion de la moelle épinière, et fait plutôt une paraplégie. Rarement la paralysie est partielle, sauf dans le cas d'atrophie des muscles. J'ai vu la paralysie des fléchisseurs du bras passer à une névralgie sciatique grave.

#### PARALYSIES DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE ET DES MUSCLES DE L'ŒIL.

*Paupière.* — Il ne faut pas perdre de vue que le muscle orbiculaire supérieur produit le clignotement et l'occlusion de l'œil, tandis que le muscle de la paupière supérieure le maintient ouvert. Il est dès lors facile de voir que la paralysie de la paupière se présente sous deux formes : l'œil reste à demi fermé et sans clignotement possible du côté de la hémiparésie faciale, le muscle orbiculaire étant animé par la paupière, tandis que la paupière supérieure reste abaissée (*blépharoptose*) si la paralysie atteint le nerf de la troisième paire (moteur oculaire qui anime le releveur de cette paupière. La paralysie de la paupière est donc un symptôme qui se rattache à ces deux paralysies, quoiqu'elle puisse la rencontrer isolée, ainsi que l'a observé Saint-Martin (de

*Muscles de l'œil.* — Ces muscles sont mus, comme on le sait, par le nerf moteur commun (troisième paire), le nerf pathétique (quatrième paire) et le nerf moteur oculaire externe (sixième paire). La paralysie de ces nerfs a été principalement étudiée par Longet et Jobert, à des symptômes qu'il faut prendre pour point de départ du diagnostic.

stitutionnelles. Les premières dépendraient tantôt de l'existence intra-crânienne comprimant le nerf de la troisième paire à son trajet, tantôt d'un *foyer sanguin* développé dans la substance dans un point du cerveau voisin de son origine, c'est-à-dire le p. Stiebel), tantôt enfin d'une simple *congestion cérébrale*. Parmi les substitutionnelles seraient comprises l'influence syphilitique et l'influence malariale, cette dernière moins bien démontrée (*Union méd.*, 41). Le diagnostic était douteux, dans le cas d'influence syphilitique, qu'il suppose, suivant Baudot (*ibid.*, 1859), un traitement spécifique ou moins rapidement un amendement qui révélerait la nature de la lésion, comme cela a été constaté chez un malade de Hérard.

b. — Lorsque l'œil, au lieu d'être dévié en dehors comme dans le strabisme, est dévié en dedans d'une manière accidentelle (ce qui se fait dans les faits dont il est ici question de ceux de strabisme permanent), on a une paralysie de la quatrième paire ou *pathétique*. Mais il faut que le strabisme accidentel se joignent : 1° une *diplopie* qui disparaît lorsque l'on incline la tête du côté opposé à l'œil affecté; 2° l'impossibilité de fixer l'œil malade dans l'orbite lorsque, le regard étant fixé sur un objet, on fait porter au malade la tête alternativement à droite et à gauche; 3° l'œil malade suit les rotations de son congénère. Longet, qui a signalé ces faits, fait remarquer que la diplopie est alors caractérisée par deux images superposées et inclinées l'une par rapport à l'autre, l'image supérieure étant fournie par l'œil malade (comme on peut s'en assurer en fermant alternativement les deux yeux); mais la superposition et l'inclinaison des images ne paraissent pas être des signes pathognomoniques, comme on le croit, et on a appelé au mot DIPLOPIE.

c. — On ne saurait considérer la déviation accidentelle de l'œil comme propre à la paralysie de la quatrième paire, sans s'exposer à l'erreur de diagnostic, car cette même déviation, tellement prononcée d

mes que le *prolapsus de la paupière supérieure*, la *dilatation et ité de la pupille* et une légère *exophthalmie*.

la paralysie de la sixième paire est symptomatique, ce qui est le plus elle coïncide ordinairement en outre avec une *hémiplegie*, et dépend, le, d'une *lésion grave des centres nerveux*, telle qu'une hémorrhagie, un ramollissement, une tumeur tuberculeuse, cancéreuse, etc., ou enfin on des os. Beyran a publié trois exemples de cette paralysie, qu'il a e comme étant, dans les trois cas, un accident tertiaire de syphilis éd., 1860, t. V). Suivant Bouchut, l'ophtalmoscope servirait à dis- s paralysies des muscles moteurs de l'œil qui sont idiopathiques, musculaire, rhumatismale ou syphilitique, sans lésion du système de celles qui se rattachent à une altération du nerf optique ou de e et de ses enveloppes. Ces dernières paralysies avec lésions produi- nfiltration granuleuse de la papille, des hémorrhagies de la rétine et s graisseuses, signes qui feraient défaut dans les premières paralysies éd., 1864).

UE.

ysie de la langue se manifeste de différentes manières. On sait d'a- le est déviée dans l'hémiplegie du côté paralysé, ce que Lallemand a ar la propulsion de la langue due au muscle génio-glosse du côté la paralysie générale, elle ne peut être tirée hors de la bouche. fficulté ou l'impossibilité de la parole peut également annoncer la ie la langue, sans que malheureusement on puisse trouver dans la la forme du trouble de la parole des caractères spéciaux.

ailleurs dans cette constatation de la paralysie linguale plus d'une reur dont il faut tenir compte. Valleix a fait remarquer que la dévia- e est quelquefois produite, sans qu'il y ait paralysie, par l'absence des côté de la bouche ou par la direction involontaire que lui imprime le côté où se trouve le médecin. J'ajouterai que, relativement à l'impos- irer la langue hors de la bouche, cette impossibilité pourrait bien tenir, paralysie des mouvements (comme cela arrive quand les malades n'ont e accidentelle de la parole), mais bien à la paralysie du sentiment usculaire, la vue ne pouvant diriger les mouvements de la langue. e gêne de la parole n'est pas une conséquence forcée de la paralysie ine. L'extension à la langue des contractions fibrillaires qui précè- phie musculaire (Aran), des convulsions idiopathiques de la face, des s idiopathiques des extrémités (Corvisart), et la gêne des mouvements e produite soit par la cicatrisation qui suit la guérison de la gangrène ie, soit par le gonflement de la langue, comme celui, par exemple, vu se produire dans certains cas d'urticaire à la Martinique, sont auses d'erreur dont il faut tenir compte avant d'affirmer l'existence sie de la langue.

alysie est fréquemment un signe de lésions cérébrales; mais on con- : peut résulter des lésions du nerf hypoglosse, de même que les la sensibilité de la langue peuvent être produits par les lésions du la cinquième paire). La paralysie de la langue est quelquefois due utres causes de paralysies, en dehors des lésions des centres nerveux fs, et que j'ai rappelées précédemment. Une des plus remarquables ui est liée à la paralysie du voile du palais et de l'orbiculaire des n sera question plus loin.

ales paralytiques de la parole donnent souvent lieu à des erreurs de



tion des aliments solides dans le larynx, à l'immobilité d'oscillations du voile du palais et de la luette, et enfin à l'...

Le nasonnement fait soupçonner cette paralysie, que conste simple inspection de la gorge, et que peut faire disparaître seulement, dans la plupart des cas, une électrisation directe, fa conducteurs séparés l'un de l'autre dans un même manchou confondre la paralysie du voile du palais avec la division con ou du voile. La raucité de la voix due à cette paralysie a été affection syphilitique dans un fait observé par Hardy, qui r (Maingault, *De la Paralysie diphthérique*, 1860, p. 103).

La paralysie du voile du palais est produite par des cause lesquelles les angines, et surtout la diphthérie pharyngienne fréquentes. A la suite de cette dernière affection, elle est pr première localisation de la paralysie généralisée qui lui succ Limitée au voile du palais, elle a été attribuée aux cautérisatio angines (de Lucé, *Bulletin de thérapeut.*, 1864). Dans l'espèce suit, celle au voile du palais peut être méconnue lorsque, air chenue, le voile, atteint dans sa myotilité mais non dans sa se tracte sous l'influence des piqures (mouvements réflexes).

#### J. PARALYSIE DE LA LANGUE, DU VOILE DU PALAIS ET DES LÈV

Cette paralysie constitue quelquefois une espèce morbide chenue a fait connaître (*De l'Électrisation localisée*, 2<sup>e</sup> édition suiv.). Elle se montre d'emblée chez les adultes de quarant Elle est apyrétique, sans aucun trouble du côté des centres n souvent progressive. Hérard a cependant observé un malade âg ans, chez lequel le début a été subit (*Soc. méd. des hôpit.*, 1 ordinairement par une difficulté dans l'articulation des mots, cône graduelle de la *déglutition* qui tient aussi à une paralys



lèvres s'agrandit transversalement la bouche, et les lignes naso-labiales se font et s'arrondissent en donnant à la physionomie un *air pleureur* particulier que Duchenne a trouvé chez tous ses malades. A ces symptômes se joignent, vers la fin, des accès d'*étouffement* ou de *suffocation* revenant par accès le jour ou la nuit, spontanés ou provoqués par les mouvements, et se compliquant de *syncopes* qui vont en s'aggravant et qui peuvent faire périr le malade. L'histoire chronique de la maladie est, en effet, fatalement progressive, et la mort a été la conséquence dans les treize faits recueillis par Duchenne, après trois années de durée. Costilhes a vu la mort survenir cinq à six mois après le début (*Gaz. hebdomad.*, 1860).

Cette singulière affection a été confondue avec plusieurs autres maladies. La paralysie de la déglutition a fait croire à une *pharyngite*; l'accumulation de la salive dans la bouche, à une *stomatite* simple, bien que la muqueuse soit toujours exempte de rougeur; le nasonnement de la voix et le passage des liquides dans les fosses nasales, à une *paralysie simple du voile du palais* qui s'en distingue cependant par l'intégrité des mouvements de la langue et des lèvres. L'*atrophie musculaire* de la langue et des lèvres pourrait aussi être confondue avec la paralysie qui m'occupe, si, dans les cas d'atrophie, ces organes n'étaient paralysés seulement lorsque la maladie est déjà ancienne et très-étendue, et qu'ils restent conséquemment facilement reconnaissable; de plus, la langue a perdu alors son volume, tandis qu'elle est seulement abaissée sur le plancher de la bouche comme plissée longitudinalement dans les cas de paralysie. Il faut que l'on tienne cependant que les deux maladies peuvent se rencontrer réunies chez le même sujet, comme dans l'observation publiée par Dumesnil (de Rouen) dans le *Bulletin de médecine* (1860).

Les faits relatifs à cette espèce de paralysie ont été observés en outre par M. G. et par Trousseau. Une autopsie, faite avec le plus grand soin (Dumesnil, *Gaz. hebdomad.*, 1861), est venue démontrer que cette affection peut être indépendante de toute lésion anatomique non microscopique des centres nerveux, des nerfs, ou des muscles paralysés.

La paralysie atteint quelquefois le muscle élévateur de la lèvre inférieure (celle de la houppe du menton), le carré des lèvres et le triangulaire des lèvres. Enfin, dans un cas observé par Trousseau et Duchenne, et dans celui de Dumesnil, un des membres supérieurs était notablement affaibli en même temps. Hérard a vu le moteur oculaire commun être affecté de paralysie. Le docteur Bonnefoy a constaté une complication bien autrement grave, lorsqu'il y avait en même temps *hémiplégie* et *atrophie musculaire progressive* chez un malade qui succomba à des phénomènes asphyxiques (*Thèse de médecine*, 1866).

#### LARYNX.

Il faut, suivant Duchenne, rapprocher de la paralysie du voile du palais la paralysie de la pharyngite, celle du larynx, caractérisée par une *aphonie plus ou moins persistante*, survenant à la suite de symptômes inflammatoires dans le voisinage du larynx, et que dissipe l'électrisation de ce organe. Deux observations rapportées par cet ingénieux observateur ont dû fixer l'attention des praticiens. La même paralysie peut résulter de deux causes : de l'*intoxication saturnine*, de l'*empoisonnement* par l'acide arsénieux, de l'*hystérie*; ou bien elle est consécutive à la diphthérie laryngienne (c'est-à-dire à d'autres maladies aiguës). L'électrisation du larynx est un excellent moyen de diagnostic lorsqu'il fait cesser l'aphonie, quelquefois instantanément (c'est-à-dire en quelques minutes).

anatomie. On sait que c'est l'opposé qui se remarque dans l'action du diaphragme est seulement diminuée, les phénomènes que je viens d'exposer ne se manifestent que dans les grands mouvements; et enfin si la paralysie n'a lieu que dans une moitié du troubles de la respiration n'ont lieu que du côté correspondant.

D'autres troubles fonctionnels résultent du défaut d'action des mouvements respiratoires, selon Duchenne, sont alors plus fréquents qu'à l'état normal. On ne soupçonne pas le malade, la lésion aussi grave en le regardant respirer pendant le sommeil; à l'état de veille, le malade vient à faire quelque effort, soit pour parler; qu'il éprouve la plus légère impression, à l'instant s'accélère (48 ou 50 inspirations par minute), les muscles accessoires par Galien (trapèzes, sterno-mastoïdiens, dentaires, grands dorsaux) entrent en contraction; la face rougit, il est forcé, s'il marche, de s'asseoir après quelques pas, ou de reprendre haleine pour continuer sa phrase qu'il ne peut terminer à chaque instant. Le sujet dont le diaphragme ne se contracte pas inspire longuement sans être comme suffoqué par l'ascension du dôme dans sa poitrine. La voix est plus faible; rarement complète, si même elle n'est pas due à d'autres causes. La toux, provoquant aussi une grande gêne dans la respiration. L'expectoration est difficile, quelquefois même impossibles; enfin la défécation est difficile et se fait avec peine.

On peut ajouter que, lorsqu'il y a défaut d'abaissement du seul côté, on le reconnaît plus facilement en appliquant les deux hypochondres (Duchenne).

Comme le fait remarquer Duchenne, il n'y a que le défaut d'action du diaphragme qui puisse rendre raison de la perversion de l'ischionévrose de dilatation ou de resserrement du thorax et de la gêne de la respiration, surtout quand on fait respirer longuement le ma-

que, dans tous ceux où il y avait une lésion ou une vive douleur dans les voisines du diaphragme, l'inertie de ce muscle devait être attribuée au instinctif d'éviter, à chaque mouvement respiratoire, la douleur causée par les mouvements du diaphragme. Ce qui le prouvait, c'est que, dès que la douleur était atténuée, les phénomènes de l'inertie diaphragmatique disparaissaient. Une autre preuve, c'est que, dans les faits rappelés par Duchenne, d'inspiration et d'expiration inflammatoires des séreuses voisines du diaphragme, l'électrisation des nerfs brachiaux rétablissait immédiatement les mouvements normaux de la respiration.

Il faut donc distinguer la simple inertie du diaphragme de sa paralysie. Cette paralysie sera manifeste lorsque, en l'absence de lésions douloureuses voisines pouvant expliquer l'inertie du muscle, il existera une des conditions pathologiques suivantes : 1° une *atrophie musculaire progressive plus ou moins généralisée* et qui aura par conséquent envahi déjà un grand nombre de muscles; 2° une *intoxication saturnine avec paralysie généralisée*; 3° enfin, s'il s'agit d'une femme encore jeune, l'*hystérie*.

Il faudra toujours explorer avec soin les voies respiratoires, dans la crainte d'une complication si redoutable dans ses effets que Duchenne a signalée : la *hémoptysse*.

La gravité du pronostic, en effet, dépend en pareil cas de l'impossibilité de la respiration. Or, si l'on ignorait ce détail, on pourrait considérer cette paralysie comme si minime qu'on serait porté à ne pas la rechercher.

#### ŒSOPHAGE.

La paralysie de l'œsophage a été distinguée en *passagère* et *durable* par Esquirol, à qui l'on doit le travail le plus complet qui ait été publié sur ce sujet (Arch. de méd., 1830, t. XXIV). Elle est également ou *incomplète* ou *complète*, et parfois subite.

La paralysie incomplète se caractérise par la *difficulté d'avaler les corps mous ou solides d'un petit volume*, tandis qu'ils parviennent dans l'estomac s'ils sont jetés d'un seul coup et promptement en *certaine quantité* dans le pharynx. Quelques malades n'avalent qu'à la condition de *boire après chaque bouchée*. — La *déglutition* est tout à fait *impossible* lorsque la paralysie est complète; le bol alimentaire, malgré les efforts de déglutition du malade, s'arrête à la partie supérieure de l'œsophage ou dans le pharynx, d'où il peut passer dans les voies aériennes, ce qui détermine de la *toux*, de la *suffocation* et même l'*asphyxie*; d'autres fois, l'expiration chasse les aliments par la bouche et par le nez. Les efforts impuissants du malade pour avaler s'accompagnent souvent d'agitation, et même de convulsions.

On a pris quelquefois la paralysie de l'œsophage pour un *rétrécissement* du conduit, et l'on a employé le cathétérisme œsophagien, qui démontrait alors l'absence de tout obstacle. La sonde est donc un excellent moyen diagnostique. Je pourrais rappeler à ce propos des faits dans lesquels on facilitait la déglutition et l'alimentation des malades en poussant les aliments dans l'estomac à l'aide d'une tige appropriée, ou en laissant en place une sonde, comme le fit Desault.

La paralysie de l'œsophage dépend de causes très-variées, qui agissent principalement sur les *nerfs pneumo-gastriques*, soit dans l'intérieur du crâne (lésions cérébrales), soit en dehors de cette cavité. Elle n'est pas rare chez les *aliénés paralytiques*, et s'ils tombent en syncope en mangeant, il faut, comme l'a recommandé Esquirol avec raison, penser à l'accumulation des aliments dans le pharynx par le fait de la paralysie œsophagienne, et les extraire.

La paralysie œsophagienne n'est pas toujours mortelle, même plus ou moins longtemps prolongée. Son pronostic est subordonné à celui qui l'a produite.

#### N. MUSCLES ABDOMINAUX, INTESTINS, RECTUM.

La paralysie incomplète des muscles abdominaux, plus encore le diaphragme, a pour effets principaux la *dysurie* et la *constipation*. La paralysie des intestins ne peut être que soupçonnée à la lenteur de la circulation des matières solides, liquides ou gazeuses. Elle peut être précédée, comme je l'ai dit précédemment, les accidents graves observés chez les épileptiques, suite d'un météorisme excessif. — Quant à la paralysie du rectum, franchement caractérisée par la rétention et l'accumulation des matières dans cet intestin. Ce ne sont pas seulement les lésions graves du système nerveux qui produisent cette paralysie rectale, comme l'ont avancé quelques auteurs; on les observe assez fréquemment aussi dans les paralysies de ce genre.

#### O. SPHINCTER DE L'ANUS.

Les signes de cette lésion sont : l'*incontinence des matières gazeuses* contenues dans le gros intestin, parfois la *chute du rectum* avec laquelle le doigt pénètre, *sans que le sphincter se contracte* avec son énergie habituelle. Cette paralysie, observée dans un grand nombre de circonstances pathologiques, parmi lesquelles les lésions du système nerveux occupent la plus large place, peut être la conséquence d'une paralysie générale ou d'une dysenterie; mais alors elle est ordinairement guérie rapidement à l'emploi de l'électrisation, qui est d'ailleurs douloureuse, et doit par conséquent être employée avec une faible intensité.

#### P. VESSIE.

Lorsque la paralysie de la vessie ne dépend pas d'un obstacle à la sortie de l'urine, il n'y a d'abord qu'une *simple paresse* de l'organe; le *jet de l'urine* est moins fréquent et l'*émission tardive*; le *jet de l'urine*

essie, distension due à l'accumulation de l'urine toujours incomplètement évacuée, et qui est caractérisée principalement par une *tumeur hypogastrique* ou *culière* (Voy. RÉTENTION de l'urine dans la vessie). L'écoulement spontané d'urine goutte à goutte qui peut survenir alors (miction par *regorgement*), le démontrer la fin de la paralysie, indique au contraire sa persistance, ce le prouve la *tumeur hypogastrique*.

L'introduction d'une sonde dans la vessie, où elle pénètre sans difficulté, est suffisante pour rechercher s'il y a paralysie réelle ou seulement apparente. Si elle est réelle, les premières colonnes de l'urine sont seules expulsées en jet, et dès que l'élasticité de la vessie a produit son effet, le liquide sort avant et l'écoulement s'arrête dès qu'on cesse de faire des efforts d'extension au malade, ou de comprimer l'hypogastre. Lorsqu'il y a paralysie *apparente* due à un obstacle au col de la vessie, qui empêche l'expulsion de l'urine, la pénétration du cathéter, le malade étant couché sur le dos, permet à la vessie de se contracter avec force et d'expulser rapidement l'urine jusqu'à la dernière goutte : il est évident qu'il n'y a pas alors de paralysie (Civiale). Il en est même lorsqu'il y a simple rétention d'urine, résultant du défaut de conscience du besoin d'uriner (anesthésie vésicale) : l'urine est expulsée franchement par la sonde jusqu'à la fin.

En constatant s'il y a réellement paralysie de la vessie par l'introduction de la sonde, on peut s'assurer s'il existe ou non un obstacle au niveau du col de la vessie ou de la prostate, obstacle qui serait toujours, suivant Leroy (d'Épaulier) et Mercier, la cause de la paralysie vésicale. Le toucher rectal vient alors en aide au diagnostic en faisant sentir le développement anormal de la prostate.

On a admis des paralysies vésicales primitives, comme celles qui sont produites dans l'âge mûr et surtout chez le vieillard, par l'habitude fâcheuse de résister trop longtemps au besoin d'uriner, et comme celles, plus hypochondriques, dues à la débauche, aux excès vénériens, à la masturbation. Quoi qu'il en soit, il est incontestable que la paralysie de la vessie est la conséquence de *lésions cérébrales* produisant des paralysies étendues, mais principalement de *lésions de la moelle*, dont elle est considérée comme un excellent signe. Néanmoins cette signification est loin d'être absolue, car on voit aussi survenir la paralysie vésicale (quoique plus rarement que dans les cas de lésions médullaires) dans les hémiplegies et les paraplégies dites nerveuses ou dynamiques, l'hystérie, par exemple.

Le pronostic de cette paralysie locale ne présente pas de gravité, à moins qu'il y joigne une cystite intense. La guérison est possible au début, surtout lorsque la paralysie est la suite de la distension des fibres musculaires; mais si l'affection est ancienne, elle peut se prolonger indéfiniment.

**DIAPHRAGMÉNOSE.** — La maladie ainsi désignée par les anciens n'est autre que la pleurésie *diaphragmatique* des modernes (Voy. PLEURÉSIE).

**PARAPLÉGIE.** — Voy. PARALYSIES localisées (p. 748).

**PARASITES, PARASITAIRES** (Affections). — Les parasites de l'homme font partie du règne animal ou du règne végétal. Ils sont fort nombreux; mais je ne tiendrai compte ni des parasites imaginaires ou fabuleux, comme la *furie infernale* (que personne n'a vue), ni de ceux qui, ne provoquant pas d'accidents morbides particuliers et ne se montrant pas au dehors, n'ont aucun intérêt clinique. On verra que les parasites dont il va être question sont très-utiles à connaître, soit comme élément principal ou secondaire de certaines affections, soit comme point de départ de phénomènes



morbides qu'il importe de ne pas perdre de vue comme sources d'erreurs diagnostiques.

Le microscope a permis de connaître une foule de parasites précédemment inconnus, soit animaux soit végétaux, et il en est résulté un progrès notable dans l'étude des affections de la peau. Mais on a été beaucoup trop loin en admettant sans preuves que le typhus, le choléra, la peste, la fièvre jaune, la dysentérie, les fièvres intermittentes et la pourriture d'hôpital sont des maladies parasitaires.

Les parasites animaux et végétaux sont trop distincts, non-seulement par leurs caractères, mais par leurs effets, pour que l'on doive les examiner ensemble.

### I. Parasites animaux.

Il a été question ailleurs (*Voy. ENTOZOAIRÉS, HYDATIDES, BACTÉRIAS*) des parasites animaux vivant à l'intérieur des organes profonds de l'économie. Ici nous nous occuperons des parasites plus superficiellement placés : des épiphytes qui vivent sur la peau ou dans la peau ; des parasites qui vivent dans la peau ou dans certains organes facilement accessibles à l'exploration, des animaux infusoires que contiennent les liquides excrétés.

A. — Les épiphytes vivant sur la peau comprennent les poux, la gale, les tiques, l'argas et le rouget (*Moquin-Tandon, Éléments de médecine, 1860*).

1° Les poux comprennent quatre espèces différentes : le pou de la tête, le pou du corps, le pou du pubis, le pou des et le pou de pubis.



Fig. 156. — Pou de la tête. — A, femelle. B, extrémité postérieure du mâle. C, lente attachée à un cheveu.



Fig. 157. — Pou du corps.

Le pou de la tête, qui se fixe principalement dans les cheveux, provoque, par sa morsure, des démangeaisons plus ou moins vives, comme conséquence de l'irritation du cuir chevelu et la persistance des éruptions concomitantes. La présence du parasite et les lentes qu'il se fixe aux cheveux.

caractéristiques et de constatation vulgaire. — Le pou du corps, qui s'accompagne également de lentes, se rencontre également chez l'adulte, surtout chez le vieillard. Il provoque des démangeaisons et des papules (prurigo pédiculaire), comme chez les malades, qui donne lieu à une maladie particulière (*Voy. PHTHIRIASIS*). Enfin le pou du pubis, fig. 158, occupe toutes les parties velues du corps (pubis, aisselles, barbe, cils), et se fixe sur le cuir chevelu. Plus petit que les autres, il adhère fortement aux poils, ainsi que ses œufs, il provoque des éruptions prurigineuses ou eczémateuses.



Fig. 158. — Pou du pubis.

2° La puce commune, fig. 159 et 160, outre les phénomènes immédiats que produit sa piqûre, c'est-à-dire la sensation désagréable et la petite éruption.



en résultent dans la partie atteinte, fait développer quelquefois des alouges à celles de l'urticaire chez les individus à peau fine et as fréquemment ce parasite occasionne vésicules locales plus persistants. Ce sont ondes, rosées, du diamètre d'une lentille pourraient être confondues avec les vésicules lenticulaires de la fièvre typhoïde. On distingue cependant en ce que leur centre présente un petit point ecchymotique plus marqué qui correspond à la piqure et qui persiste après la disparition des taches. Ces petites ecchymoses violacées ont toutes le même diamètre, ce qui empêche de les confondre avec des pétéchies.



puce ordinaire. — a, mâle. femelle. c, œuf.

3° La femelle de la

Fig. 161 et 162, ou puce pénétrante (*pulex penetrans*), qui ne s'observe que dans les pays intertropicaux, particulièrement à la Guyane et au Brésil, est plus petite que la puce ordinaire. Quand elle est fécondée, elle pénètre principalement dans la peau du talon ou sous les ongles



Fig. 160. — Appareil buccal de la puce ordinaire, d'après Moquin-Tandon. — A, tête : a, mâchoire gauche. b, mandibules. c, palpe labial gauche. d, palpes maxillaires. B, rosette développée : a, a, mâchoires. b, b, mandibules. c, lèvre inférieure. C, extrémité d'une mandibule.



— Puce chique, d'après H. Karsten.



Fig. 162. — Chique gorgée, d'après H. Karsten.

le pied, dans le but de loger et d'alimenter ses petits. Un léger prurit noirâtre indiquent le point où s'est faite cette pénétration ; et si on l'extrait, son ventre forme un sac en forme de kyste, qui prend le volume d'un pois ou d'une fève. La tumeur qui en résulte s'ouvre à l'extérieur pour laisser couler du pus sanieux mélangé des œufs de l'insecte, sous forme de grains blancs. L'ulcère peut acquérir une grande gravité et se compliquer, de carie des os ou de gangrène.

Les puces, fig. 163, s'attaquent rarement à l'homme. Elles enfoncent dans la peau où il se fixe solidement, et absorbent une assez grande quantité de sang pour que leur corps, très-extensible, puisse acquérir le

volume d'une lentille en formant une *saillie livide* qui les fait reconnaître. Elles produisent d'*atroces démangeaisons* ou des *douleurs* assez vives.

5° Les *argas*, fig. 164, sont des arachnides analogues à nos tiques, mais se fixant au corps de l'homme à la manière des tiques. Ils se rencontrent en Perse et en Colombie et sentent une odeur de leur. On les considère comme susceptibles de transmettre la consou-



Fig. 163. — Tique (*Ixodes Ricinus*, Latr.).



Fig. 164. — Argas de Perse (de grandeur naturelle et grossie).



Fig. 165. —

même la mort (Fischer). Suivant Gerstaecker, l'*argas reflexus*, qui pique les pigeons et les oiseaux de basse-cour, déterminerait des accidents analogues à ceux que provoque l'*argas persicus* (Gaz. hebdom., 1860).

6° Le *rouget*, fig. 165, qui n'est qu'une larve de trombidion, est assez commun en France de la mi-juillet à la mi-septembre, et se fixe sur les habitants des campagnes. Il est à peine visible à l'œil nu et de couleur écarlate, il s'insinue sous la peau, à la racine des poils, et de préférence sur la partie interne des cuisses et du bas-ventre. Il occasionne des démangeaisons vives, brûlantes, insupportables; la peau se gonfle et devient rouge, parfois même violacée, ou le siège d'un *exanthème* ou même d'une *inflammation pustuleuse et vésiculeuse*.

B. — Parmi les épizoaires qui vivent dans la peau, on compte : le sarcopte de la gale (Voy. p. 425); l'acaropse, ou cheylète de Méricourt.



Fig. 166. — Cheylète de Méricourt.

observé à Terre-Neuve par Méricourt dans du pus provenant d'un conduit auditif et chez un individu affecté d'un exanthème; et l'*acaropse*, arachnide acarien à forme minthoïde (Voy. p. 14) qui se fixe sur les follicules (Simon, Henle), déterminant le sinage du nez principalement sans déterminer aucune action.

Le sarcopte de la gale est aujourd'hui parfaitement connu, grâce aux travaux de Aubé, Bielt, C.

Gras, Hébra, Piogey, Rayer, Bourguignon, Lanquetin, Robin, etc. Ce parasite est considéré à juste titre comme l'origine de la gale, affection essentiellement parasitaire, et non constitutionnelle (Voy. GALE). Il règne parmi les Affections prurigineuses produites, suivant Judée, par un acarien voisin du *manis*, et qui ne creuse pas de sillon dans l'épiderme. Il se voit sur



que sur les vêtements comme des petits points noirs qui cheminent avec rapidité. Une affection analogue, sinon semblable, a été observée en 1866 par Robin sous forme épidémique chez des paysans de l'Indre occupés à rentrer les blés altérés par l'humidité. Une rougeur de la peau, avec éruption miliaire, se dissipait en quelques jours après des lotions vinaigrées; ces phénomènes étaient dus à un parasite, formant aussi des points noirs se mouvant sous les yeux de l'observateur. Ces points noirs, retrouvés par Robin sur le blé d'Inde, étaient des nymphes d'un acarien dont il n'a pu voir l'animal parfait (*de biol.*, 1867).

Il n'existe pas en Norvège, comme on l'a cru d'abord, un sarcopte particulier du cheval. Mais on a reconnu en France que les sarcoptes du cheval, du chien, du bœuf, du lion, du chien et du chat pouvaient se développer sur l'homme, et lui donner une maladie cutanée analogue à celle de l'animal.

Enfin on a trouvé sur le corps de l'homme plusieurs autres acariens imparfaitement connus, ou considérés comme accidentellement déposés sur sa peau, comme les acariens qui existent en abondance sur les volatiles de basse-cour (*avianysse vulgaires*). Raynal et Lanquetin ont observé la transmission du *Scabie mutans* des volailles à l'homme (*Acad. de méd.*, juin 1859).

— D'autres parasites rangés parmi les entozoaires, comme la filaire de l'homme ou dragonneau, le distome hépatique, le trichina, les hydatides, les cysticerques et les œstres ou des diptères, se développent sous la peau ou dans les organes superficiels. Il en est de même des larves d'acariens, ou des insectes non parasites qui se trouvent accidentellement dans certaines cavités plus ou moins profondes, où leur présence pourrait être méconnue.

La *filaire de Médine* ou dragonneau, fig. 167, a une longueur d'un la de violon et 0<sup>m</sup>,50 à plusieurs mètres de diamètre; elle est d'un blanc de lait. Elle a été principalement observée en Afrique ainsi qu'en Amérique; elle est très-rare en Europe, mais elle peut s'y observer chez des individus qui viennent des contrées où elle est commune; car après avoir pénétré dans un point quelconque des tissus (ordinairement superficiels) elle met un temps assez long à se développer.

Elle prurit sous-cutané, qui augmente et finit par devenir insupportable, l'apparition d'une espèce de cordon cutané ressemblant à une veine variqueuse mobile, de douleurs atroces, parfois un peu de fièvre, un petit abcès souvent acuminé, terminé par une vésicule ou par un point noir entouré d'une auréole brunâtre, et qui s'ouvre pour donner issue à un liquide séreux ou purulent, l'apparition d'un filament blanchâtre qui est le parasite même; telle est, selon Moquin-Tandon, la succession des symptômes observés. Il est essentiel d'enrouler successivement le cordon des dehors sans le rompre, car sa rupture entraîne des accidents graves. On ne s'occupe d'ailleurs comment se fait la pénétration du parasite, qui se montre presque toujours aux pieds, et dont le siège aux jambes, aux cuisses, au scrotum et au bras est d'autant plus rarement observé dans ces parties, qu'elles sont situées plus haut.



Fig. 167. — Embryons de la filaire de l'homme. — 1, vue au grossissement de 65 diamètres; 2, tête vue au grossissement de 350 diamètres; 3, fragment présentant la naissance de la queue. En 4, l'adulte (Davaïne).

On n'a jamais constaté la filaire dans les cavités splanchniques, mais trouvée assez fréquemment dans l'œil (dans la glande lacrymale, sous jonctive, dans le cristallin), dans le nez, la langue, sous la mamelle, le tégument, à la verge, dans l'aîne, à la main.

La diagnostic de l'existence de la filaire, dit Davaine (*Traité des Entozoaires*, 1860, p. 749), est quelquefois fort difficile, et ce n'est que par l'apparition d'une portion de ver au dehors qu'on reconnaît la nature du mal. Sous la peau la filaire se laisse facilement apercevoir. Lorsqu'elle est superficiellement sous la peau, à la verge par exemple, et qu'elle détermine des douleurs, elle pourrait être prise pour une veine ou pour un vaisseau lymphatique enflammé. Dans l'aîne, la tumeur qu'elle produit a pu être confondue avec le bubon. Dans certains organes, comme le nez ou la langue, la filaire n'a été constatée que par son apparition au dehors.

2° Le *distome hépatique* (*Voy. ENTOZOAIRÉS*, p. 365, fig. 47) a été constaté chez l'homme, non-seulement dans la veine porte (Duval), mais encore dans des tumeurs extérieures situées à l'occiput (Penn Harris), à la plante du pied (Giesker et Frey), derrière l'oreille (Fox), à la région hypochondriaque (Dionis des Carrières). Davaine, qui rapporte ces observations, pense qu'en raison de la position sous-cutanée de ces tumeurs, le parasite entraîné avec le sang a pu arriver dans les vaisseaux périphériques et, en s'y arrêtant, a occasionné les phénomènes qu'on observe. Le point de départ des phénomènes qu'occasionnent les corps étrangers dans le système circulatoire (pour le fait de Duval) lui semble autoriser cette manière de voir (*Ouv. cité*).

3° Il peut exister dans les parties superficielles du corps, dans les muscles, le parasite dont j'ai parlé ailleurs; c'est le *trichina spiralis* (*Voy. Trichinose*). Je me contente de rappeler encore comme pouvant être constatés à l'autopsie certains *kystes hydatiques*, et les *cysticerques* de la langue ou de l'œsophage.

4° Moquin-Tandon (*ouv. cité*) a réuni les faits connus relatifs aux *cestrides* d'animaux particuliers à l'homme, qui peuvent être déposés dans les différentes parties accessibles de son corps, principalement sous la peau. C'est surtout en Amérique que l'on observe les faits de ce genre.

Les diptères qui déposent leurs larves (ou œstres) sous la peau



Fig. 168. — Cutérèbre nuisible (b), et sa larve (a).

être des *cutérèbres*, fig. 168; mais on n'est pas sûr qu'ils se rapportent à une même espèce. « Lorsqu'une larve commence à se développer dans un point quelconque de la peau, dit Moquin-Tandon, on éprouve une faible douleur, et l'on distingue, sous le gisement un léger gonflement, et un petit trou, duquel suinte un peu de sang. A ce moment, il est facile de se débarrasser du parasite : une friction mercurielle ou d'ammoniaque, suffisent pour le tuer.

Si l'on néglige ces moyens curatifs, l'animal grossit avec rapidité, s'enfonce plus profondément dans le tissu, et occasionne une tumeur de plus en plus forte et en plus douloureuse. On est forcé alors de recourir à l'extraction. »

5° D'autres faits très-remarquables et des plus graves, que je ne puis rappeler ici, quoique Moquin-Tandon leur dénie les caractères qui les rendent parasitiques (*ouv. cité*), sont ceux dans lesquels un diptère muqueux, la *mouche hominivore*, fig. 169 et 170, pénètre dans les cavités naturelles, en particulier les cavités nasales, où il dépose des larves qui se dé-



es sinus frontaux, et plus rarement dans d'autres parties du corps. On dans les *Archives de médecine* (1858, t. XI) un intéressant travail sur

re de pa-  
ne, dû à  
el, chi-  
de la  
Le pre-  
a pu  
les ca-  
du di-  
(*lucilia*  
*vorax*)  
produit



Fig. 169. — Mouche hominivore.



Fig. 170. — Larve de mouche hominivore. — a, larve. b, son extrémité antérieure, c, crochets.

idents caractéristiques à Cayenne, où ils ont été observés aussi par Saint-Chapuis. Mondière, chirurgien de la marine, a constaté, en 1861, des larves dans des tumeurs furoncleuses multiples développées chez des sol-  
az. hebdom., 1862).

erel résume ainsi les symptômes observés au niveau des fosses nasales :  
but, fourmillement dans les fosses nasales, céphalalgie sus-orbitaire ; bientôt gonflement œdémateux de la région nasale, se prolongeant moins loin sur la face; épistaxis abondantes ; douleur sus-orbitaire plus vive (coup de barre de fer) ; issue d'un certain nombre de larves, par les narines, soit par des ulcérations qui se produisent sur le nez ;  
mes généraux indiquant une réaction inflammatoire des plus vives, ation de la phlegmasie aux enveloppes cérébrales ou au cuir chevelu, du sujet. Dans les cas les plus favorables, guérison avec perte de sub- plus ou moins étendue, et cicatrisation plus ou moins difforme de la nasale. » Chapuis a plusieurs fois constaté des larves, non-seulement dans les fosses nasales, mais encore dans le conduit auditif et même dans le angle de l'œil.

rtie spontanée des larves par les narines, ou leur présence dans les solu- continuité qui se forment à l'extérieur, sont le signe pathognomonique aladie, qui serait prise d'abord facilement pour un érysipèle de la face ne songeait pas aux larves de diptères, et si la pénétration de l'insecte s les cavités nasales avait eu lieu pendant le sommeil et à l'insu du

es accidents, qui ne sont pas rares dans les pays intertropicaux, on doit her, comme analogues, ceux de l'affection décrite dans l'Inde sous le nom ash, et, parmi les faits qui ont été observés en Europe, ceux de Roulin hier, *Anat. pathol. génér.*, t. II) et de Cloquet, dans lesquels des larves uses se développèrent dans différentes parties du corps, où elles été déposées par la *musca carnaria* pendant un sommeil dans la cam- ceux de d'Astros, d'Aix (1818), de Legrand du Saulle (*Acad. des s*), qui se rapportent à des larves déposées dans les sinus frontaux ; celui -Gregor (*Lond. med. and phys. journ.*, 1830) relatif à des larves es dans les sinus maxillaires d'un homme syphilitique ; ceux de Che- d'Angers (larves dans le conduit auditif), et Lallemand (larves dans le etc.

afin on a rapporté des faits dans lesquels les narines, le conduit auditif et es lacrymales ont été envahis non plus par des larves, mais par des s parfaits, qui donnaient lieu à des accidents douloureux, parfois extré-

mement graves. Ce sont principalement les myriapodes et certains parmi lesquels on a signalé les perce-oreilles, qui ont donné lieu à ce que Hope a cité un cas de mort produit par la présence, dans les fesses, d'un *ténébrion de la farine*.

D. — On a aussi observé des parasites *infusoires* dans les productions du corps de l'homme; et cela devait être, puisque ces animaux se développent partout et dans tous les temps, au sein des corps vivants ou milieu des corps inorganiques. On a rencontré : 1° sur les plaques cutanées où les sécrétions étaient altérées, des *vibrions*; 2° dans les mucosités intestinales, les *paramécies*, les *vibrions*, et la *cercomonade de Davaine* (Voy. fig. 365), trouvée dans les déjections cholériques et qui meurt dès qu'elle est exposée au froid; 3° dans l'écoulement vaginal ancien ou de nature suspecte, la *chomonade vaginale* (Voy. fig. 51, p. 366 [Donné, Desjardins]), la présence coïncide avec des bulles d'air donnant un aspect écumeux au liquide (Donné); 4° dans le tartre des dents ou dans l'enduit muqueux de la cavité buccale; d'eau distillée préalablement chauffée, la *virguline*, et d'autres parasites particuliers; enfin dans le lait présentant une coloration en bleu ou en vert, le *vibron cyanogène* (Fuchs).

## II. Parasites végétaux.

Tous les végétaux parasites qui croissent sur les animaux vivants sont très-simples qu'on puisse connaître : ce sont des plantes cellulaires : des *champignons*. Ch. Robin en a fait une étude approfondie (*Histoire des végétaux parasites*, 1853) et, ainsi que Bazin (*Leçons sur les affections parasitaires*, 1858), il leur attache une grande importance par leur rôle. Cette importance est incontestable dans un bon nombre de cas, comme dans les *TEIGNES*, mais il en est d'autres dans lesquels le végétal ne paraît jouer qu'un rôle secondaire ou accidentel.

On doit reconnaître, en effet, que dans les maladies cutanées produites par un parasite végétal, il y a une relation de cause à effet entre la cause et l'effet, le parasite végétal et les lésions locales. D'ailleurs le microscope n'a pu démontrer la présence du parasite attribué à une maladie cutanée, soit dans son cours, même lorsqu'elle était vierge, soit après traitement. Bazin dit que, dans le diagnostic des affections parasitaires, le microscope lève *ordinairement* tous les doutes; il y a donc des cas dans lesquels il ne constate pas le parasite. C'est au reste un fait admissible. Ch. Robin lui-même (Em. Tarnier, *Thèse*, 1859).

Si l'on ajoute à ce défaut de la preuve microscopique le fait contraire, à savoir la constatation du parasite au niveau de lésions cutanées d'une toute autre nature, celle qui en est considérée comme l'effet nécessaire, on ne saurait soutenir, comme le fait Bazin dans tous les développements de sa dermatologie, que les *teignes*, comme je l'ai dit précédemment, doivent être rattachées à des effets, au parasitisme végétal. Les *crasses parasitaires* de Bazin (*versicolor*, *pitiriasis nigra*, *chloasma* ou *macula gravidarum*, taches brunes, *éphélides lenticulaires*, etc.) ne sauraient être assimilées, ainsi qu'il le fait, comme autant d'effets du *microsporion furfur*, fig. 172. Ils en sont les effets par trop divers. Hardy, quoique partisan de la doctrine du parasitisme, considère d'ailleurs le *pitiriasis versicolor* comme une affection conchylienne; et en l'admettant même comme dû au *microsporion furfur*, que l'on en fait l'effet au niveau des taches pityriasiques, on recherche vainement la cause au niveau des taches bistrées des femmes grosses (*macula gravidarum* ou *éphélides*). A plus forte raison ne saurait-on admettre, avec Bazin, que



d'altérations, désignées sous le nom de pourritures, de gangrènes, mélanges des muqueuses ou des ulcères, etc., sont produites par des champignons se développant sur ces surfaces » (*Ouv. cité*, p. 217).

Les végétaux parasites ont des caractères qui ne peuvent être constatés qu'à l'aide du microscope, puisque les dimensions de leurs éléments ne se mesurent qu'en centièmes ou millièmes de millimètre. Toutefois en se groupant ils produisent sur la peau, sur les cheveux ou les poils, sur les muqueuses, ou dans des liquides, des agrégats solides, des furfures, des pseudo-membranes ou des dépôts dont l'aspect seul fait deviner ou soupçonner le parasite. Il faut se rendre compte que, sans ces données extérieures, les signes microscopiques, tout en révélant un végétal parasite, seraient très-fréquemment insuffisants pour permettre d'en établir l'espèce.

On ne saurait nier, en effet, que les végétaux en question, reconnaissables par leurs espèces lorsqu'ils sont entiers, ne s'offrent le plus souvent à l'observation que par éléments isolés qu'il serait facile d'attribuer à des espèces différentes. Ce doute, que j'ai exprimé en étudiant le parasitisme (1<sup>re</sup> édit.), a été récemment formulé depuis par différents observateurs, entre autres par Ernest Rehm, qui a admis que les différences des végétaux microscopiques résultaient de l'habitat ou des lieux différents où le même champignon est planté.

Voici qu'il en soit, les éléments de ces végétaux ne sont qu'au nombre de : 1<sup>o</sup> le *mycelium*, qui représente le système végétatif, sous forme de tubes minces, de 0<sup>mm</sup>,002 à 0<sup>mm</sup>,003 de diamètre, avec une longueur et des bifurcations variables ; son examen seul ne saurait servir à distinguer les espèces, suivant l'opinion de Rehm ; 2<sup>o</sup> les filaments tubuleux réceptaculaires, *réceptacles*, tubes sporogones, qui présentent beaucoup de variétés depuis le tube vide jusqu'au tube rempli de spores, qui semblent quelquefois par leur accumulation bout à bout former le tube transparent former un tube cloisonné ; 3<sup>o</sup> enfin les *spores*, *sporules*, *conidies*, corps producteurs de tous les cryptogames, qui sont très-souvent le seul élément que l'on puisse recueillir, et dont le volume variable n'est évidemment pas suffisant pour en faire déterminer l'espèce.

Voici qu'il en soit, je vais indiquer quels sont les végétaux parasites admis comme incontestables, et les conditions dans lesquelles on les rencontre. Je commencerai par les végétaux parasites de l'économie humaine, et plus spécialement des liquides expulsés de l'économie.

#### PARASITES VÉGÉTAUX DE LA PEAU.

On trouve sur la peau des champignons, à part l'algue *leptomitia epidermidis*, découvert par Rehm, qui se développe sur une main blessée, sous l'influence d'une irrigation continue, et que je ne puis mentionner. Les champignons les plus importants sont le trichophyton de Malmsten ; les espèces de microsporion (d'Audouin, le microsporion, le furfur, l'achorion de Malmsten, et la puccinie du favus.

Le trichophyton tonsurant de Malmsten, fig. 171, est uniquement caractérisé par des spores rondes ou ovales, incolores et incolores, de 0<sup>mm</sup>,003 à 0<sup>mm</sup>,005 de longueur (quelquefois 0<sup>mm</sup>,007 à 0<sup>mm</sup>,010) sur 0<sup>mm</sup>,003 à 0<sup>mm</sup>,004 de largeur et donnant naissance à



Fig. 171. — Trichophyton tonsurans. — a, cheveu malade rompu en un point. b, filament moniliforme constitué par des spores superposées. c, spores libres.

des filaments articulés moniliformes (Gruby, *Acad. des sc.*, 1844). l'intérieur de la racine des cheveux, et les rend plus fragiles. — Il est signalé par Gruby comme le cryptogame propre à la teigne tondante de l'homme, particulièrement étudié par Bazin (*Voy. TEIGNES*). Mais on le trouve dans cette teigne tonsurante, dans la *mentagre* et l'*herpès circiné*, fait proposer à Hardy de réunir ces trois affections sous la dénomination de *trichophytie*.

2° Le *microsporon d'Audoin* présente des spores rondes ou ovales petites que celles du trichophyton, les spores rondes ayant  $0^{\text{mm}},001$  à  $0^{\text{mm}},002$  les ovales  $0^{\text{mm}},002$  à  $0^{\text{mm}},008$ ; elles sont adhérentes à des tubes et ramifiées ainsi qu'à leurs branches. L'agglomération de ces végétaux et des cheveux libres, autour desquels ils forment une couche épaisse de  $0^{\text{mm}},001$ . Il produit comme le précédent une espèce de TEIGNE.

3° Le *microsporon mentagrophyte* engainerait, en se groupant, le pileux de la barbe et il différerait du microsporon d'Audoin par des spores plus volumineuses, des filaments et des ramifications plus grandes,



Fig. 172. — *Microsporon furfur*. — a, portion du champignon. b, spores. c, spores en voie de germination.

par son siège *autour du poil* dans le cuir chevelu, sans envahir la partie aérienne du cuir chevelu, sans pénétrer dans son intérieur comme le trichophyton (Ch. Robin). Il serait le cryptogame propre à la sycose; mais telle n'est l'opinion de Bazin (*Voy. TEIGNES*).

4° Le *microsporon furfur* d'Eichengrün, fig. 172, est formé de cellules allongées et de spores en groupes ou amas ayant un diamètre de quelques centièmes de millimètre; ces spores, qui réfractent fortement la lumière, se rencontrent principalement sur le cuir chevelu des plaques de pityriasis versicolore.

5° L'*achorion* de Schænlein, fig. 173 et 174, est le champignon qui constitue les cupules jaunes du favus. Les spores isolés se rencontrent souvent à la surface de la portion implantée du cheveu ou des cr



Fig. 173. — *Achorion Schænleinii*.

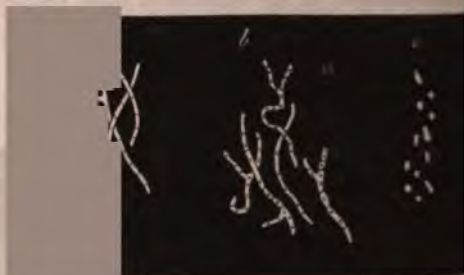


Fig. 174. — *Achorion Schænleinii*. — a, b, filaments du champignon. c, d, spores.

dermiques. Les favi forment des cupules d'autant plus régulières qu'elles sont plus petites et ordinairement traversées par un ou plusieurs cheveux. Ils sont logés dans une dépression de la peau partant de l'orifice des follicules pileux, et non dans les glandes sébacées qu'ils n'atteignent jamais, suivant Ch. Robin.

Ces favi sont durs, cassants, et leur masse se réduit facilement en poudre. Elle est composée : 1° de tubes fluxueux, ramifiés, non cloisonnés, et



les rares granules moléculaires (c'est le mycelium); 2° de tubes droits et rarement ramifiés, contenant des granules ou des petites cellules des cellules allongées, placées bout à bout, de manière à former des chaînons (réceptacles ou sporanges); 3° enfin de spores la plupart libres ou réunies en chapelet. C'est presque uniquement du mycelium qui se trouve contre la face interne de la couche extérieure.

Il paraissent d'abord comme un petit point jaune au centre d'une élévation de l'épiderme qui tombe; et si on enlève un favus ancien, il se reproduit facilement. Ils causent des excoriations, l'alopécie par compression et l'atrophie des poils pileux. Les squames et les croûtes qui les accompagnent sont formées d'un mélange de cellules épithéliales, de globules de pus desséchés, de sang altéré, quelquefois de spores du champignon et de granules de cholestérol.

La propagation de la teigne favuse est due au transport des spores. Remak a pu inoculer au bras. Il ne faut pas croire, cependant, que les favus ne se développent qu'à la tête (TEIGNES).

Le *favus* du cuir chevelu est un champignon qui, de couleur brun rouge, se développe en quantité considérable comme parasite du cuir chevelu. Il se compose de conoïdes réunies par leur base, fig. 175.

On l'a signalée aussi dans le pityriasis.

#### PARASITES VÉGÉTAUX DES MUQUEUSES.

Les muqueuses, de même que la peau, sont susceptibles d'être le siège de parasites végétaux microscopiques, dont le développement est accompagné de signes caractéristiques importants à bien connaître, dans la bouche et dans le nez. Le plus souvent, c'est l'examen au microscope des liquides excrétés par le parasite. Ceux dont la germination s'effectue dans la cavité buccale sont les plus importants à bien connaître.

*Oidium albicans*, fig. 176, 177 et 178, forme en majeure partie les plaques d'aspect pseudo-membraneux, d'un blanc de lait, qui constituent le muguet (ou blanchet), et que l'on voit apparaître d'abord sous forme de points blancs et se développer dans la bouche des enfants et plus rarement des adultes. Les filaments tubuleux sporifères, cloisonnés d'espace en espace, souvent au niveau des cloisons, de couleur légèrement ambrée, ramifiés plusieurs fois en tout sens, ayant une largeur qui varie de 0<sup>mm</sup>,003 à 0<sup>mm</sup>,005, une épaisseur de 0<sup>mm</sup>,05 à 0<sup>mm</sup>,06; des spores adhérant fortement aux parois des filaments, spores sphériques ou un peu allongées, à parois épaisses et à centre brillant, d'une teinte ambrée, renfermant une seule cellule, souvent un ou deux granules moléculaires mobiles: tels sont les éléments de *Oidium albicans* vus au microscope.

On considère plus aujourd'hui le muguet comme une phlegmasie particulière. Voir les travaux de Ch. Robin, Berg, Gubler. C'est une affection locale, dont le développement est favorisé par une prédisposition générale, et par l'acidité du mucus buccal. On le voit principalement apparaître chez les enfants qui présentent des dérangements des voies digestives, et chez les adultes dans les derniers jours de la vie, particulièrement chez les phthisiques, les fièvres typhoïdes, des phlébites, des lymphangites mortelles.

Le muguet peut se développer non-seulement dans les diverses parties de la



Fig. 175. — *Puccinia favi*.

bouche ou du pharynx, ce qui est le plus ordinaire, mais encore dans l'œsophage jusqu'au cardia; on l'a rarement rencontré dans l'estomac et dans l'intestin ainsi qu'au pourtour de l'anus. Zalewski a observé l'oïdium albicans sur la muqueuse gastrique au niveau de petites élévations nombreuses, d'un blanc verdâtre, de la grosseur d'une lentille ou d'une lentille, et ayant l'aspect de varioliques en groupe (Berl. Klin. Wochenschr., 1865). On a constaté aussi la transmission du muguet au mamelon de sa nourrice suite de l'aigreur du lait qui l'a nourri ou du dépôt de mucus acide par les enfants qui têtent.



Fig. 176.



Fig. 177.



Fig. 178.

chr., 1865). On a constaté aussi la transmission du muguet au mamelon de sa nourrice suite de l'aigreur du lait qui l'a nourri ou du dépôt de mucus acide par les enfants qui têtent.

Fig. 176. — Plaque de muguet au bras avec lamelles épithéliales recouvertes de candida, a, a, elles forment des groupes ayant la forme de lamelles épithéliales. c, c, c, commencent à se développer (Robin).

Fig. 177. — Fragments de muguet au bras à 360 diamètres, entremêlés de cellules ovales imbriquées, couvertes de spores et de tubes du champignon albicans. — a, cellules d'épithélium. b, b, lésées ou réunies bout à bout. Elles ont à 0,003 de diamètre. d, filaments cylindriques, cloisonnés, avec granules moléculaires. Ils ont de 0,003 à 0,004 de long. 0,070 de long. e, leur extrémité renflée en filaments ovoides. h, spores aponées bout à bout. i, cellule ovoidale terminale (Robin).

Fig. 178. — Filaments tubuleux du muguet développés, cylindriques, flexueux, de 0,10 de long. — a, a, cloisonnement des tubes. b, b, quelques cellules ovoides des tubes. d, d, ramifications des tubes. e, ramifications qui commencent à se développer par une seule cellule (Robin).



Le *cryptococque du ferment* (*cryptococcus cerevisiae*), fig. 179, est composé par des cellules ovoïdes ou sphériques, contenant un ou deux globules brillants. Il résulte de leur développement un assemblage de petits chalets composés de trois à cinq cellules. — Ce végétal a été trouvé par Lebert dans la bouche d'une femme atteinte de muguet, et par Hannover dans l'écouit noirâtre de la langue des sujets atteints d'infection typhoïde. Vogel, qui a aussi trouvé le *cryptococque* dans l'urine des diabétiques, est d'avis, ainsi que Ch. Robin, que sa présence est un épiphénomène sans signification pathologique (Cauvet, *Hist. er. méd.*, t. I).



Fig. 179. — *Cryptococque du ferment* (*Cryptococcus cerevisiae*).

Le *léptothrix buccal*, fig. 180, est une algue qui se compose de filaments longs de 0<sup>mm</sup>,020 à 0<sup>mm</sup>,400, et d'une ténuité 0<sup>mm</sup>,0005, assez raides, droits ou courbés, incolorés, élastiques, généralement réunis par la base à une gangue amorphe, granuleuse, et formant des masses blanches. — On le trouve à la surface de la langue, au milieu des matières accumulées entre les dents, dans la cavité des dents cariées. Les liquides d'estomac et des intestins en contiennent quelque-



Fig. 180. — *Leptothrix buccalis*, d'après Moquin-Tandon.

Un végétal parasite nouveau a été découvert récemment par Maurice Raynaud (*Union méd.*, juillet 1881), au niveau des plaques villeuses noirâtres qu'on rencontre chez certains malades ou vieillards, et qui constituent un état tomenteux comparé à un gazon (Gubler), ou à du blé en partie renversé (Raynaud). La matière, réunie par le raclage et mise dans l'eau, fournit des filaments noirâtres semblables à des poils, ayant un diamètre de deux dixièmes de millimètre, et une longueur atteignant 1 centimètre et plus. Vu au microscope, on voit une substance fondamentale d'un jaune ocreux, formée d'épithé-



Fig. 181. — Cylindre épithélial piliforme, 150 diamètres (Raynaud).



Fig. 182. — Fragment de cylindre piliforme faibli de spores. 300 diamètres.



Fig. 183. — Le même fragment après que les spores en ont été chassées par expression. 450 diamètres.

ayant sur les bords l'aspect des barbes de plume, fig. 181. C'est une tuméfaction des papilles filiformes de la langue, à laquelle se joignent quelquefois des débris épidermiques, des vibrions, des bactéries, des filaments de *Leptothrix buccalis*, et surtout un nombre immense de spores, fig. 182 et 183,



réunis par petits amas de quatre ou cinq au plus, sans traces de tubes phores. L'auteur pense que leur multiplication a lieu par germination, com



Fig. 184. — Spores à différents degrés de germination (Raynaud).

montre la figure 184. Ch. Robin et Balbi été d'accord pour ne voir dans ce parasite dium albicans du muguet, ni le leptothri bouche. Maurice Raynaud l'a comparé au phyton, et s'est demandé si l'on ne pourr dénommer l'affection villeuse de la langue observée, *teigne des muqueuses*.

5° Le *leptomite* (?) de Hannover, fig est composé de filaments droits et déliés, parents, ou nuageux et grenus, à rameau nombreux aussi gros que le tronc. — H l'a trouvé au niveau d'une sorte de bou

pissant l'œsophage excorié, et dans un certain nombre de maladies.

6° La *sarcine*, fig. 186, signalée par Goodsir dans les liquides de l'e



Fig. 183. — *Leptomitia* (?) Hannoverii.



Fig. 186. — *Sarcine* (*merismopædia ventriculi*), d'après Moquin-Tandon.

forme u  
de sédim  
nâtre dan  
quides v  
tendu qu  
plus pes  
l'eau.  
donc la  
poser ce  
des lors  
couleur  
fait son

l'existence de ce végétal, et c'est dans le dépôt qui se forme qu'il faut le cl

La *sarcine* (*merismopædia ventriculi*, Ch. R.) se présente sous for

verulente, constituée par des masses cubiques, prismatiques, allongées, gulières, de couleur brune très-claire, et sées habituellement de 8, 16, 64 cellules cu de 0<sup>mm</sup>,008 de diamètre, et dont chaque l divisée en quatre saillies par de légères l elles contiennent un noyau teinte de rou 0<sup>mm</sup>,002 à 0<sup>mm</sup>,004. Pour l'examen au micro il faut se servir d'un fort grossissement.



Fig. 187. — *Oidium* des poumons (*oidium pulmoneum*).

Ce végétal ne semble pas réagir d'une n fâcheuse sur l'économie. Cependant il a ét staté dans des cas de vomissements incoerc comme il donne une couleur brunâtre aux li vomis, il est toujours nécessaire de reche sarcine lorsque les matières des vomissem sentent cette coloration, que l'on pourrait at à tort à du sang altéré, et rapporter à une tion organique de l'estomac.

7° L'*oidium* des poumons, fig. 187, a été signalé par Bennett dans l chats des tuberculeux. Suivant Remak (1845), des fibres de mycelium ra en fourche se rencontreraient dans la plupart des crachats des phthisiq cryptogame, qui est porté sans doute dans les poumons par l'air inspiré

aussi par Von Dusch et Pagenstecker. Mais il n'est pas constant, ni révélateur au diagnostic. Il en est de même du végétal microscopique qui a été par Langenbeck dans l'écoulement

*Aspergille glauque* a été trouvé dans la cavité pulmonaire par Figueira, de Rio de Janeiro (Journ. da socied. das sciencias medicas, 1862), qui en a donné une bonne illustration (Langenbeck, de Mulhouse, a fait un compositum de deux tonneliers, de l'écoulement, céphalalgie, vertiges, etc.), après avoir brossé un tonneau coupé par *Aspergillus glaucus*.

*Aspergille* a aussi été trouvé deux fois dans le conduit auditif externe, et dans l'oreille, fig. 188.

Enfin Lebert a rencontré un *Leptomitus* dans la muqueuse de l'utérus, fig. 189.

Il a vu le même genre d'algues : dans l'utérus (Wilkinson), mais sans résultat ; dans l'œil, d'où il fut extrait de la chambre postérieure de cet organe,

par Helmbrecht ; et enfin dans l'urine (*Leptomitus urophile*), où cette algue rameuse, peut atteindre 2 ou 3 millimètres de longueur.

**OLE.** — Voy. PHONATION, PRONONCIATION, ALALIE, APHASIE.

**OTITE, PAROTIDITE.** — La glande parotide n'est sentie à la base de la mâchoire que lorsqu'elle est développée par suite d'une inflammation morbide. Dans ce cas, elle peut acquérir un volume considérable, et est facilement appréciable à la vue. Ce développement a lieu dans deux affections du ressort de la médecine : dans les OREILLONS, et dans la parotidite.

La parotidite survient comme complication dans un assez grand nombre de maladies aiguës, et principalement dans le cours ou à la suite de fièvres graves. Lorsque plus ou moins avancée de la maladie, il apparaît dans l'une des glandes parotidiennes, rarement dans les deux, un gonflement avec rougeur, et une inflammation, se développant avec plus ou moins de rapidité, et terminant assez fréquemment par suppuration, sauf dans les cas où la parotidite apparaît comme complication ultime de la maladie principale. Cette suppuration se fait jour, tantôt à l'extérieur, tantôt à l'intérieur vers le pharynx. On a vu l'irruption subite du pus occasionner la suffocation en pénétrant dans les voies respiratoires.

L'absence ou l'insuffisance des symptômes généraux au milieu desquels survient la parotidite, empêche fréquemment le malade de manifester de la douleur ; la complication parotidienne se montre dans sa convalescence, ou que le malade ne permette de rendre compte de ses sensations, il accuse une douleur sourde. Elle augmente par les mouvements de la mâchoire inférieure, et l'écartement est parfois presque impossible par suite de l'extension de l'inflammation vers le pharynx, où la déglutition devient alors douloureuse. Elle est souvent de la salivation, et une expectoration de matières purulentes de sang, rendues avec efforts de vomissement, lorsque la suppuration s'écoule dans l'arrière-gorge. Si l'inspection de celle-ci est possible, on con-



Fig. 188. — *Aspergillus* du conduit auditif externe (*Aspergillus auricularis*).



Fig. 189. — *Leptomitus* utérin (*Leptomitus uteri*).



l'œil, dans la paralysie de la *face*, ou dans la paralysie de la tri-  
nerfs. On a observé rarement la paralysie de la paupière supéri-  
les autres signes de la paralysie de la troisième paire. L'occlusi-  
encore être la conséquence du gonflement des paupières par  
noncé, par une *inflammation* érysipélateuse ou varioleuse, par  
ou *intra-crânien* venant soulever la paupière supérieure, par  
cataplasmes trop fréquents, par la pression d'un bandage à la  
de la face (Mackensie), par une hypertrophie graisseuse (W. Be-  
le gonflement avec couleur violacée est dû à un empoisonne-  
Enfin les paupières sont assez souvent agitées de *mouvements*  
accidentels comme dans l'épilepsie, l'éclampsie, la chorée, etc  
comme dans certains *tics* de la face.

**PEAU.** — Quoique l'on n'ait pas tiré en pathologie un par-  
connaissance des éléments anatomiques de la peau compris dans  
lulo-fibreuse, il n'est pas inutile de les rappeler, ne serait-ce qu'  
la diversité des lésions et des signes que l'on rencontre au niveau  
Ces éléments anatomiques sont : les réseaux vasculaires artérie-  
phatiques, les réseaux nerveux épanouis dans les papilles, et  
doripare, blennogène, chromatogène, sébacé, pileux, onguéal, et  
la matière colorante, de la matière sébacée, des poils, des ongles.

*1<sup>o</sup> Maladies de la peau.* — Je ne ferai pas la longue énumé-  
dies cutanées, que l'on a décrites dans des traités spéciaux, et  
lément question dans différentes parties de cet ouvrage. Mais il  
saisie de faire quelques remarques relatives à leur diagnostic. Ce  
paraissent d'autant plus opportunes qu'en général les praticiens  
font une étude spéciale des affections cutanées proprement dites  
difficilement le diagnostic en prenant pour guides uniques les traits

Ce diagnostic se fonde principalement sur les caractères exté-  
rieurs des maladies cutanées et qui sont la première base de

que. En général, dans les classifications proposées, on se préoccupe plus de la coordination scolastique ou scientifique que de l'application clinique; et heureusement, il faut l'avouer, il est impossible, avec une seule classification, de satisfaire à la fois la science, le diagnostic et la thérapeutique. Il faut, de nécessité, à mon avis, envisager différemment les maladies cutanées à partir de chacun de ces points de vue, qui devraient constituer autant de divisions principales dans les traités spéciaux des maladies de la peau.

Le diagnostic, dont j'ai seulement à m'occuper, réclame la classification la plus simple comme point de départ : celle qui se base sur la constatation des symptômes directement appréciables sur le malade, quelle que soit la période à laquelle est arrivée son affection cutanée. En prenant ce point de départ immédiatement saisissable pour dénommer la maladie, on s'appuie sur la base la plus solide pour remonter ensuite, autant que faire se peut, à son origine ou à sa cause. C'est l'application de ce principe que j'ai utilisé dans cet ouvrage, où l'élément apparent, traité à part, est rattaché aux affections dont il dépend, chacune de ces dernières est examinée séparément au point de vue du diagnostic. C'est en réalité la nosographie cutanée de Plenck, dégagée de ses détails méticuleux, et complétée, que je préconise pour le diagnostic des maladies de la peau, tout en reconnaissant qu'elle ne peut être applicable qu'au diagnostic, comme moyen de le faciliter, car les caractères extérieurs sont des symptômes faibles qui conduisent seulement à dénommer les espèces généralement connues. Mais le diagnostic doit aller plus loin.

Le but le plus élevé de la science des maladies est de déterminer leurs causes et leur nature, et c'est d'après cette détermination, toujours difficile et toujours incomplète, que doit se guider la thérapeutique. Or, c'est précisément pour franchir ces deux étapes que nous manquons de classifications suffisamment précises. Celles qui ont été proposées n'offrent pas malheureusement beaucoup de données sur les causes des maladies de la peau bien déterminées, et dont le cadre soit admis sans discussion. Les *fièvres éruptives* en seraient cependant un exemple, si elles ne constituaient pas des maladies à manifestations morbides vers la peau, et non des affections cutanées proprement dites. Les *SYPHILIDES*, les *SCROFULIDES*, les affections cutanées réellement dues à des *parasites animaux*, forment des classes généralement admises; mais il n'en est pas de même de certaines affections attribuées à des parasites végétaux, ni de la famille des *dartres*, exomphaliques, donnée par le vulgaire à toutes les affections cutanées chroniques, et dont on a cherché à réhabiliter de nos jours en l'appliquant aux affections que l'on considère comme étant sous la dépendance d'une disposition générale de l'organisme dite *diathèse dartreuse*; mais son sens trop vague ne saurait servir à caractériser avec précision un groupe de maladies cutanées.

**Symptômes ou signes.** — Je viens de rappeler que les affections cutanées se caractérisent par des éléments extérieurs de diagnostic. Ce sont des *MACULES*, des *TACHES*, ou des *COLORATIONS* anormales, des *PAPULES*, des *PUSTULES*, des *VÉSICULES*, des *PUSTULES*, des *SQUAMES*, des *TUBÉROSITÉS* (ou *tubercules*), des *CROUTES*, des *CRÔTES*, des *CICATRICES*, les signes que présentent les *ONGLES*, ceux fournis par les *POILS* ou cheveux, et enfin ceux que produisent certains *PARASITES animaux* ou végétaux. Guibont a insisté avec raison, dans une note communiquée à l'Académie des hôpitaux (mars 1867), sur les difficultés du diagnostic qui résultent du traitement irritant antérieur, dans les cas où des émollients étaient indiqués. Les véritables caractères de la maladie sont alors masqués par un surcroît d'inflammation : rougeur érysipélateuse, turgescence phlegmoneuse, dénudation de la peau, ulcérations, eschares, etc.; et ce n'est que lorsque ces complications ont

moins nécessaires à rechercher comme explication du développement, de même que l'habitation dans les contrées où l'affection est endémique, et l'ingestion de certaines substances plus ou moins.

Indépendamment de ces nombreux éléments principaux des affections ou éruptions cutanées proprement dites, la peau est le siège de symptômes qui ne sont pas sans importance. Outre sa congestion locale, sa tension par de l'air ou de la sérosité infiltrée sous-jacents, ou par d'autres causes, elle est assez souvent le siège d'une gêne ou d'une diminution plus ou moins complète de la sensibilité (ANESTHÉSIES), d'une rigidité extrême (SCLÈREME), de laquelle, par leur abondance, leur localisation, ou par la modification qu'elle constitue. Les FISTULES de la peau fournissent également des renseignements de lésions viscérales ou de maladies internes.

3° *Exploration*. — Je n'insisterai pas sur les moyens très employés à explorer la peau ou ses produits. Ce sont principalement l'examen direct ou avec la loupe et le microscope, la *palpation*, la pression, le pincement, les piqûres, et l'apposition de corps plus ou moins chauds que la peau elle-même (*Voy. ANESTHÉSIES*).

**PEAU BRONZÉE**. — *Voy. BRONZÉE (Maladie)*.

**PECTORILOQUIE**. — *Voy. VOIX THORACIQUE*.

**PÉDICULAIRE** (Maladie). — *Voy. PHTHIRIASIS*.

**PELLAGRE**. — On sait que la pellagre, signalée d'abord en Espagne, a été en France l'objet de travaux nombreux de Boissac (1844), Roussel (1845 et 1866), L. Marchant, Lallemand (1848), Costallat (1860 et 1868), Billod, Landouzy (1862), Vernois (1866), etc. Elle a été observée dans des cas qui font que l'on a discuté longtemps sur l'origine et la nature.

1° *Éléments du diagnostic*. — La pellagre est principalement caractérisée par des phénomènes morbides du côté de la peau, du côté de



n ou des vomissements. — Les symptômes nerveux constituent ce qu'on a appelé la *folie pellagreuse* qui est aiguë ou chronique et avec propension à le. En dehors de l'altération des facultés intellectuelles, les malades ont céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des douleurs rachidiennes, des crampes, des convulsions, des troubles de la motricité, parfois même de la paraplégie, sans que ces symptômes se rencontrent réunis chez le même malade. — Le pouls est lent et faible, les lèvres livides et la muqueuse buccale est pâle, sauf lorsque la fièvre survient à une époque avancée de la maladie.

**Inductions diagnostiques.** — Je n'expose ce sommaire des éléments symptomatiques de la pellagre que pour rappeler qu'ils sont caractéristiques, et suffisent parfaitement pour faire dénommer la maladie. Mais ce diagnostic clinique nosologique demande à être complété, et c'est justement là une des questions les plus obscures de la pathologie.

En ce qui concerne l'évolution des phénomènes cutanés, digestifs, nerveux, il n'est pas établi positivement qu'ils s'enchaînent et se succèdent régulièrement. On a bien voulu, en se basant sur eux, diviser la maladie en trois formes, mais cette division a été reconnue inapplicable à la plupart des faits observés. Pour Billod, par exemple, ce sont les troubles nerveux ou plutôt l'altération mentale, qui sont la cause première de la pellagre, opinion qui a été adoptée exclusivement par beaucoup d'observateurs.

—seulement la marche de la pellagre a été mal déterminée, mais ses causes, surtout, ont été diversement appréciées. L'insolation a été généralement considérée comme la cause déterminante de l'éruption cutanée, ce que tout au printemps justifie, mais on a admis aussi des causes internes, et en particulier l'usage du maïs altéré par un parasite végétal. Cependant cette cause, sans pouvoir être niée, ne saurait être considérée comme la seule; car la pellagre a été manifestement constatée dans des établissements où l'on ne faisait nullement usage du maïs, de même qu'en dehors de ces établissements, ainsi que Landouzy en a rapporté des faits bien péremptifs (*Arch. de méd.*, 1860, t. XVI). Ch. Bouchard, H. Gintrac, Bertet, Leudet (Lyon), etc., ont défendu la même opinion.

Si l'on veut trancher la question relativement à la pellagre de Lombardie, de la France et du midi de la France, on peut se demander si celle qui est rencontrée dans les maisons d'aliénés n'est pas un simple érythème ou érysipèle produit par l'insolation chez des aliénés lyptémaniques ou déments, et si les lésions cutanées se compliquent de troubles intestinaux comme le font les lésions étendues. Telle est l'interprétation que m'ont suggérée un bon nombre de faits que j'ai observés pendant un certain nombre d'années dans l'asile de Clermont (Oise), et concernant des aliénés des deux sexes, à sensibilité exaltée, et qui m'ont paru, dans les années où les cours étaient encore très chauds, plus nombreux que plus tard. Que l'on fasse abstraction des phénomènes cutanés et manifestement dus à l'insolation dans de pareils cas, il reste des lyptémanies ou des démences vulgaires.

**Formes de la pellagre** sont subordonnées à la prédominance de certaines causes, et surtout aux causes qui la produisent. Existe-t-il une seule espèce de pellagre, due à une intoxication par un parasite du maïs ou du blé, comme l'ont soutenu Roussel et Costallat, dont les travaux ont été couronnés par l'Académie des sciences? Les faits dans lesquels cette origine n'existe pas, mais qui sont d'ailleurs symptomatiquement semblables aux précédents, sont-ils des exemples de vraies pellagres? Ne sont-ils que des fausses ou pseudo-

et Costallat ont proposé des moyens hygiéniques d'extinction de l

**PELVIENNE** (Région). — *Voy.* BASSIN.

**PELVI-PÉRITONITE**. — *Voy.* PÉRITONITE.

**PEMPHIGUS**. — *Voy.* BULLEUSES (Maladies) et SYPHILIDE

**PÉNIS**. — Le pénis n'est pas affecté d'affections particulières dans le domaine de la pathologie interne; mais il est le siège de différences sous la dépendance de maladies diverses, et principalement d'ÉRYTHÈME ou de la SYPHILIS. Le coït à lui seul détermine par lequel on peut être disposé à rapporter à une autre origine. Selon Parmentier (*Des Lésions du pénis déterminées par le coït*, 1848), on peut venir une paraphimosis, une inflammation des follicules de la muqueuse qui recouvre le gland à sa base, du frein, de l'urètre ou des corps caverneux, des déchirures du non enfin une apoplexie dans le bulbe de l'urètre, lésion non encore

L'érection morbide du pénis est le principal signe du SATYRIASME, sa flaccidité constante, avec l'absence de désirs vénériens dans l'état d'excitation les mieux caractérisées, démontre l'impuissance. Dans les affections locales, on y rencontre l'herpès (*Voy.* p. 518), l'acare de la glande des hôpitaux), l'inflammation ordinairement symptomatique (balanite), du gland (posthite), ou de la veine dorsale de la verge (NOIRRHAGIE), le phimosis, le paraphimosis, etc., que je me contente

**PERCUSSION**. — La percussion, à l'aide de laquelle on obtient ordinairement des résonnances accidentelles, a pour objet, comme toutes les autres méthodes physiques d'exploration, le diagnostic anatomique des lésions organiques. On l'applique principalement à la poitrine. Dans les autres régions du corps, à la tête, au cou, aux membres, la percussion ne présente pas une utilité suffisante pour justifier son emploi, sauf dans quelques cas exceptionnels; je renvoie donc sur ce point à des ouvrages spéciaux publiés sur la matière. Je ne m'occuperai ici que de l

avoir la prétention de préciser à 1 millimètre près. Il y aurait également exagération à vouloir indiquer l'épaisseur même des organes; mais ce qui est incontestable, c'est qu'il est permis de juger, par la percussion, de la densité ou moins grande des parties sous-jacentes aux points percutés, par le plus ou moins de résistance ressentie sous le doigt, ainsi que l'a signalé Corvisart.

*Méthodes d'exploration.* — Comme pour tout autre mode d'exploration, et que l'individu exploré soit, autant que faire se peut, dans une position convenable. Qu'il soit debout, couché ou assis, l'essentiel est que les deux côtés de la poitrine soient dans des conditions semblables ou symétriques. On a fait remarquer avec raison que la partie percutée peut sans inconvénient être recouverte d'un vêtement léger, pourvu qu'il y soit uniformément étendu.

Je ne ferai pas l'historique des divers procédés de percussion depuis Avenengo et Corvisart, qui pratiquaient la percussion immédiate; mais ils ont notamment parlé (quoique d'une manière incidente) de l'interposition de corps étrangers entre la poitrine et la main qui percute pour que la revendication de la première soit aujourd'hui puérile. Comme application de cette idée de percussion médiate, sur laquelle Piorry a le mérite d'avoir particulièrement insisté, on a successivement employé comme corps intermédiaire : 1° la main appuyée à plat; 2° un seul doigt appliqué par sa face interne ou par sa face externe et percuté sur sa face libre; 3° une plaque solide (en bois, ivoire ou métal), à laquelle Piorry a donné le nom de *plessimètre*, et qui porte des divisions millimétriques; 4° un simple morceau de caoutchouc (Louis) maintenu appliqué sur la poitrine avec les doigts de la main gauche, tandis que les doigts de la main droite servent à la percussion; 5° enfin divers instruments tendant à substituer au plessimètre, et dont un des plus ingénieux est le *plessigraphe* de Stæter, qui a l'avantage de permettre de marquer, par des points noirs, les points où le son change (*Acad. de méd.*, 1864). On a aussi recommandé des corps percutants des marteaux appropriés, qui ne sont pas généralement employés dans la pratique.

Des différents procédés de percussion *médiate* (la seule adoptée aujourd'hui), lequel est le préférable? Il serait difficile de trancher la question pour les médecins déjà familiarisés avec un de ces procédés qui, par cela même, est pour eux le meilleur. Mais il n'en est pas ainsi pour les débutants, qui ont à choisir entre différents procédés rappelés plus haut. Ils doivent savoir que l'application à plat de la main tout entière peut nuire à la production des résonnances en certains temps qu'à la précision de leur siège; que le plessimètre, outre le désavantage de ne pouvoir s'appliquer toujours bien exactement sur les surfaces planes, au niveau des espaces intercostaux des sujets maigres, par exemple, présente le grave inconvénient que j'ai rappelé dans mes *Études sur les bruits de percussion* (*Arch. de méd.*, 1855) de produire un bruit accessoire résultant du choc de percussion sur un corps dur, et qui domine les résonnances acoustiques légères; qu'il a en outre le désavantage de compliquer l'exploration de la poitrine, car il n'est aucun de ses résultats qui ne puisse être obtenu tout aussi exactement en percutant sur le doigt. Le caoutchouc, en fragment semé, est à ceux qu'emploient les dessinateurs, à sur le plessimètre ordinaire l'avantage de s'appliquer toujours exactement sur les régions percutées et de ne donner lieu à un bruit de choc étranger à ceux que l'on désire obtenir. Mais le doigt, comme corps intermédiaire qui suffit à toutes les exigences, ne cède à aucun autre, ni pour la facilité d'application, ni pour l'aptitude avec laquelle il fait corps avec les parties à explorer, sans donner lieu à aucune sonotragère. Il est préférable que la percussion ait lieu sur la face dorsale du

enel, par devenir plus ou moins douloureux si la percussion répétée; on peut d'ailleurs y remédier facilement en passant à ce en caoutchouc, qui reçoit immédiatement le choc sans nuire au obtenu.

Quel que soit le procédé de percussion que l'on emploie, on rement ou avec force, sans l'exagérer pourtant comme le font teurs au niveau de la poitrine; car une pareille pratique, outre quefois douloureuse, ne saurait conduire qu'à des résultats dont contester la valeur.

Lorsque l'on constate par la percussion le volume ou les limites d'une tumeur, d'un épanchement, il est souvent important de manière précise s'il y a, les jours suivants, un progrès croissant de la partie délimitée. Pour faire cette comparaison, il faut tracer non la configuration complète des organes, dont la vue peut épuiser inutilement le malade, mais de simples traits ou points aux extrémités des diamètres principaux ou dans les seuls points d'indiquer plus manifestement les changements survenus. Ces faire avec de l'encre, que l'on trouve partout et sur laquelle on rement le crayon de nitrate d'argent si l'on veut fixer plus long

3° *Signes.* — Pour bien juger des signes fournis par la percussion dans les maladies, il faut se familiariser avec les résultats poitrine saine. Les descriptions les plus minutieuses ne peuvent suppléer à cet exercice pratique. C'est principalement, en effet, son avec les résultats physiologiques que l'on peut bien apprécier pathologiques fournis par la percussion.

On doit considérer comme type normal ou moyen de la son celle qui est produite par une percussion médiocrement forte et le mamelon, chez un adulte bien portant, d'une force modérée, embonpoint modérés, sonorité dont la production s'accompagne d'un degré d'élasticité sensible sous les doigts qui percutent. Cette sonorité varie de différentes manières dans les maladies avec lésions des organes. Les signes anormaux qui en résultent se résument dans l

sur la *matité*, qui conserve comme signe bien connu toute sa valeur. On admet dans la plupart des traités ex-professo que, outre les variations d'intensité de la sonorité (*matités*) ou son exagération (*sonorité*), cette sonorité offre des modifications de timbre (*bruit de pot*, *bruit de kodique* de la pleurésie, *son de bois*, etc.). Or, les sonorités dites normales et celles à timbre anormal présentent la plus étrange confusion, à ce que l'on ne fait pas la part de la *tonalité*, simplement signalée mais qui doit occuper une large place dans la théorie comme dans la clinique des signes fournis par la percussion. Je ne saurais dire sur la théorie de cette question, mais je ne puis m'empêcher de dire que : 1° que les *matités* généralement admises sont des sonorités normales me l'a fait remarquer déjà Flint ; 2° que les timbres anormaux admettent des résonances aiguës, et que c'est à leur acuité qu'elles ont leurs caractères particuliers ; 3° enfin, que les signes fournis par les *matités* à la tonalité peuvent se rencontrer isolés de ceux fournis par les résonances.

Comment distingue-t-on, comment distinguer si l'on a affaire à une lésion de tonalité ou de l'intensité ? La réponse est facile. Il y a seulement différence de son entre deux régions correspondantes de la poitrine si, en même temps, et de la même manière, on y constate une sonorité différente, et on puisse égaliser le son à droite et à gauche en percutant l'un des côtés plus fortement ou plus légèrement que l'autre. On est sûr au contraire de la différence de *tonalité* si les caractères insolites du son persistent, soit le degré de force ou d'atténuation de la percussion d'un côté ou de l'autre. Je dois ajouter que les sons *aigus* et *graves* ont des caractères facilement appréciables : les sons franchement aigus sont *durs*, les sons *superficiels* ; les sons franchement graves sont au contraire *prolongés* et comme *profonds*.

Il est, d'après ce qui précède, que, pour bien établir les conditions des bruits de percussion thoracique, il faut rechercher isolément les variations d'intensité et de tonalité, puisqu'elles peuvent se rencontrer, en y joignant celles de la résistance ou de l'élasticité tactiles. Or, la question n'est pas fixée d'une manière définitive sur cette importante question de devoir soulever (*Loc. cit.*). Les conditions organiques des *matités* normales sur lesquelles on soit d'accord, en tant que lésions anatomiques (voir *loc. cit.*). — Mais on est loin de l'être sur les conditions organiques des *matités* dites tympaniques. Jusqu'à ces derniers temps, on avait admis comme axiome cette proposition : que l'intensité des sonorités de percussion est d'autant plus grande que la quantité d'air contenu dans les parties percussées était plus considérable. Les faits ont démontré que cette proposition est bien loin d'être absolue (*Voy. TYMPANISME*). — Quant à la tonalité des *matités* ou des résonances de percussion thoracique, il est difficile d'en établir les véritables conditions organiques. Cependant je crois avoir établi que l'une des principales est précisément cette plus ou moins grande quantité d'air contenue dans les organes et que l'on considérerait à tort comme une simple question de variations d'intensité des sons. Mais ce n'est pas là la seule question des variations de la tonalité, et le problème doit être considéré comme tel et à l'étude (*Voy. MATITÉ, TYMPANISME*).

#### Percussion de l'abdomen.

La percussion au niveau de l'abdomen, dû à Piorry, et considéré comme méthode générale comme procédé d'exploration, diffère seulement par



enot, par des coups plus ou moins douloureux et la percussion répétée; on peut d'ailleurs y remédier facilement en passant à ce en caoutchouc, qui reçoit immédiatement le choc sans nuire au obtenu.

Quel que soit le procédé de percussion que l'on emploie, on rement ou avec force, sans l'exagérer pourtant comme le font ce teurs au niveau de la poitrine; car une pareille pratique, outre quefois douloureuse, ne saurait conduire qu'à des résultats dont contester la valeur.

Lorsque l'on constate par la percussion le volume ou les limi d'une tumeur, d'un épanchement, il est souvent important de manière précise s'il y a, les jours suivants, un progrès croissan de la partie délimitée. Pour faire cette comparaison, il faut tra non la configuration complète des organes, dont la vue peut eff cuper inutilement le malade, mais de simples traits ou points d aux extrémités des diamètres principaux ou dans les seuls po d'indiquer plus manifestement les changements survenus. Ces t faire avec de l'encre, que l'on trouve partout et sur laquelle on rement le crayon de nitrate d'argent si l'on veut fixer plus long

3<sup>e</sup> *Signes.* — Pour bien juger des signes fournis par la perc trine dans les maladies, il faut se familiariser avec les résultats poitrine saine. Les descriptions les plus minutieuses ne peuve suppléer à cet exercice pratique. C'est principalement, en effet son avec les résultats physiologiques que l'on peut bien appr pathologiques fournis par la percussion.

On doit considérer comme type normal ou moyen de la sono celle qui est produite par une percussion médiocrement forte e et le mamelon, chez un adulte bien portant, d'une force mu embonpoint modérés, sonorité dont la production s'accompag degré d'élasticité sensible sous les doigts qui percutent. Cette s

urs sur la *matité*, qui conserve comme signe bien connu toute sa ce. On admet dans la plupart des traités ex-professo que, outre tion d'intensité de la sonorité (*matités*) ou son exagération (*son ue*), cette sonorité offre des modifications de timbre (*bruit de pot skodique* de la pleurésie, *son de bois*, etc.). Or, les sonorités dites es et celles à timbre anormal présentent la plus étrange confusion, t à ce que l'on ne fait pas la part de la *tonalité*, simplement signalée , mais qui doit occuper une large place dans la théorie comme de clinique des signes fournis par la percussion. Je ne saurais ici sur la théorie de cette question, mais je ne puis m'empêcher de rquer : 1° que les *matités* généralement admises sont des sonorités mme l'a fait remarquer déjà Flint ; 2° que les timbres anormaux admis ement des résonnances aiguës, et que c'est à leur acuité qu'elles urs caractères particuliers ; 3° enfin, que les signes fournis par les de la tonalité peuvent se rencontrer isolés de ceux fournis par l'in- s résonnances.

ira-t-on, comment distinguer si l'on a affaire à une lésion de tonalité ple intensité ? La réponse est facile. Il y a seulement différence é de son entre deux régions correspondantes de la poitrine si, en ant de la même manière, on y constate une sonorité différente, et on puisse égaliser le son à droite et à gauche en percutant l'un des fortement ou plus légèrement que l'autre. On est sûr au contraire ne différence de *tonalité* si les caractères insolites du son persistent, soit le degré de force ou d'atténuation de la percussion d'un côté ort à l'autre. Je dois ajouter que les sons *aigus* et *graves* ont des facilement appréciables : les sons franchement aigus sont *durs*, comme *superficiels* ; les sons franchement graves sont au contaire , *prolongés* et comme *profonds*.

coit, d'après ce qui précède, que, pour bien établir les conditions s des bruits de percussion thoracique, il faut rechercher isolément variations d'intensité et de tonalité, puisqu'elles peuvent se rencon- es, en y joignant celles de la résistance ou de l'élasticité tactiles. Or, la est pas fixée d'une manière définitive sur cette importante question u devoir soulever (*Loc. cit.*). Les conditions organiques des *matités* eules sur lesquelles on soit d'accord, en tant que lésions anatomiques RITÉ). — Mais on est loin de l'être sur les conditions organiques des es dites *tympaniques*. Jusqu'à ces derniers temps, on avait admis i axiome cette proposition : que l'intensité des sonorités de percus- d'autant plus grande que la quantité d'air contenu dans les parties ntes était plus considérable. Les faits ont démontré que cette propo- bien loin d'être absolue (*Voy. TYMPANISME*). — Quant à la tonalité aiguë des résonnances de percussion thoracique, il est difficile d'en encore les véritables conditions organiques. Cependant je crois avoir que l'une des principales est précisément cette plus ou moins grande d'air contenue dans les organes et que l'on considérerait à tort comme mière des variations d'intensité des sons. Mais ce n'est pas là la seule i variations de la tonalité, et le problème doit être considéré comme ore à l'étude (*Voy. MATITÉ, TYMPANISME*).

#### Percussion de l'abdomen.

loi de la percussion au niveau de l'abdomen, dû à Piorry, et considéré anière générale comme procédé d'exploration, diffère seulement par

sont les mêmes que ceux fournis par la poitrine : matités exagérées d'intensité, graves ou aiguës, résistance variable so dernière particularité acquiert seulement plus d'importance l'abdomen, en raison de la mollesse des parois de cette cavité du thorax, mollesse qui permet à la palpation de compléter sensation tactile perçue pendant la percussion, et même le que cette dernière fournit. L'acuité des sons est en général au niveau de l'abdomen, qui présente sous le nom de *son hu* une sonorité particulière due à la présence simultanée d'un li

Les conditions organiques des sonorités abdominales due sont un peu différentes de celles que présente le thorax, en r différents contenus dans les deux cavités. Ce sont pourtant, de augmentations de volume d'organes solides (foie, rate, reins, v solides, des épanchements liquides ou gazeux. Mais dans l'abd accumulés sont plus mobiles que dans la poitrine, à moins renfermés dans des organes particuliers (vessie, hydronéphrose vésicule biliaire, etc.). Les gaz sont aussi bien plus souvent les régions percutées au niveau de l'abdomen que dans la poitr

Les résultats obtenus par la percussion abdominale ont une grande dans la pratique, car si la palpation a une valeur qui p celle de la percussion, celle-ci permet seule d'arriver à constat certaines tumeurs (gaz, liquide, hydatides) que la palpation puissante à faire reconnaître. Dans les épanchements asciti percussion pratiquée dans des positions différentes les révèle certaine.

### III. Percussion auscultatoire.

Ce mode de percussion, ainsi nommé par Cammann et Clark consiste à ausculter avec un *cylindre plein* au niveau d'un org le percute en différents sens en s'éloignant ou se rapprochant.



**PERFORATIONS.** — Les perforations, de même que les ruptures, se rapportent à la question des COMMUNICATIONS MORBIDES. Les perforations se distinguent des ruptures en ce qu'elles surviennent spontanément par le fait d'une lésion ou d'une érosion des organes creux, par leur usure en un mot; tandis que les ruptures, ordinairement provoquées par des violences extérieures, résultent d'une distension exagérée d'un organe ou d'une collection morbide, résultant d'une déchirure avec ou sans lésion préalable.

Les perforations ne sont pas des maladies, mais des accidents ou des complications survenant dans le cours d'un certain nombre d'affections. Je n'ai pas à parler de celles qui, grâce à des adhérences des séreuses, ne constituent que de simples lésions anatomiques. Celles qui s'annoncent par des symptômes tout à fait inattendus et tantôt prévues, ou plutôt reconnues possibles parce qu'on a pu diagnostiquer d'abord l'existence d'une des lésions susceptibles d'en produire. Dans les deux conditions, l'invasion des accidents de perforation est ordinairement brusque. Ces accidents, plus ou moins graves, varient suivant que les liquides ou les corps qui traversent la perforation communiquent ou non au dehors.

Parmi les perforations qui communiquent indirectement au dehors, c'est-à-dire qui s'ouvrent dans les voies digestives, respiratoires, ou génitales, je ne ferai qu'indiquer d'abord les abcès, les anévrysmes et les tumeurs cancéreuses; ces lésions, en détruisant les tissus, perforent de dehors en dedans les organes internes que je viens de rappeler. Ces perforations donnent lieu soit à des hémorrhagies graves ou mortelles, s'il s'agit de vaisseaux d'un certain calibre, soit à des flux purulents par différentes voies. Un sentiment d'oppression interne, puis l'expulsion par les voies naturelles des produits morbides, dont la composition indique souvent la source, s'observent habituellement dans ce genre de perforation. La perforation des organes creux ouverts au dehors est opérée parfois par des collections purulentes éloignées, comme on le voit pour des abcès abdominaux qui sont allés s'ouvrir dans les voies aériennes; la perforation s'effectue quelquefois aussi par la peau ulcérée dans les cas de tumeurs des organes internes se portant à l'extérieur, ou d'abcès intermédiaires ouverts à la fois au dehors et dans les organes creux internes.

— Les perforations qui se font dans des cavités closes et qui peuvent être évitées, s'effectuent le plus souvent dans les cavités séreuses. Elles s'annoncent par les signes de l'inflammation subite de la séreuse qui reçoit les épanchements des organes, des lésions, ou des collections morbides qui l'ont produites. Je renvoie aux mots HÉMORRHAGIES, PLEURÉSIE, PNEUMO-THORAX, PÉRICARDITE et PÉRITONITE, pour le diagnostic des accidents alors observés. Je rappelle au mot RUPTURES les conditions particulières à ces communications morbides, qui peuvent être considérées en certain nombre comme de véritables perforations.

**PÉRICARDE.** — Cette séreuse, qui enveloppe exactement le cœur chez l'homme sain, et qui par conséquent occupe la même région et la même étendue que cet organe (Voy. POITRINE), peut envahir un bien plus grand espace par l'augmentation du volume du cœur ou par le seul fait d'un épanchement dans la séreuse.

On connaît les maladies du péricarde que l'on peut reconnaître pendant la vie, on connaît que la PÉRICARDITE et l'HYDRO-PÉRICARDE, peut-être aussi l'hémorrhagie du péricarde (p. 493). Les adhérences du péricarde produisent des lésions locales qui sont encore indéterminées. Nous les avons indiquées aux mots PÉRICARDITE (p. 19) et PÉRICARDITE (p. 489). Les tubercules, le cancer, les kystes

Stokes, Leudet, etc.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Comme signes locaux, il y a parfois une douleur violente, plus souvent une douleur modérée ou une douleur dans la région du cœur (elle augmente par la toux et les grandes inspirations, et le décubitus sur le côté gauche); des *accès de battements du cœur* assez souvent tumultueux, irréguliers, intermittents; une *voissure précordiale* croissante et décroissante qui accompagne ordinairement la péricardite; une *matité* palpable dans la région précordiale, pyriforme (à base inférieure), changeant de place suivant le décubitus à droite ou à gauche, s'étendant du côté sur lequel se couche le malade (Piorry), et enfin, lorsque le bruit médiocrement abondant, bien plus prononcée (ou prononcée seulement lorsque le malade est assis que lorsqu'il est couché sur le dos (Bouillaud). Le *bruit respiratoire* à la région précordiale, où l'auscultation ne perçoit que des bruits du cœur éloignés et sourds, sans impulsion, ou un *frottement* (frôlement, bruit de râpe, de parchemin, de cuir). Aux signes locaux il faut joindre : la *chaleur* fébrile, l'accélération parfois irrégulière ou intermittente (dans les cas les plus graves) médiocre, rarement des *éblouissements*, des *vertiges*, des *bruits d'oreille*, des *réveils en sursaut* précédant les accès nocturnes, bien plus rarement qu'on ne le croyait autrefois, des *syncopes* dans les cas très-graves, de l'*agitation* générale avec des *traits grimaçes*, *air d'effroi*, *convulsions*, *délire*, *œdème* des membres inférieurs. Les troubles digestifs peu importants peuvent accompagner la maladie.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques.* — Ces différents symptômes sont liés à l'ensemble de la maladie qu'à sa période d'acuité. La douleur localisée à la région précordiale, peut quelquefois, par son intensité, sa grande valeur, sans que son augmentation par la pression du sternum ait l'importance qu'on lui a attribuée. Mais cette dou-



se présentent différemment, suivant qu'on examine le malade avant, pendant ou après l'épanchement.

— *Avant que l'épanchement se soit effectué*, la péricardite n'est souvent soupçonnée; car à l'exception d'une gêne précordiale, et de quelques bruits dans les mouvements du cœur, le début est insidieux. Il est assez rare, en effet, qu'il existe des frissons initiaux. Toutefois, si les troubles locaux, joints à une augmentation du mouvement fébrile, se déclarent dans le cours d'un rhumatisme articulaire, ils donneront une grande probabilité au diagnostic, et cette probabilité se changera en certitude, si, en même temps, on constate à la

précordiale un frottement plus ou moins sensible à l'auscultation et parfois à l'ap-  
pui de la main, frot-

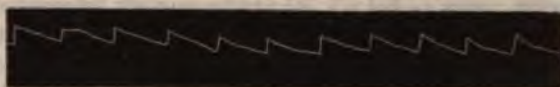


Fig. 190. — Tracé obtenu chez un malade atteint de péricardite aiguë.

ment avec lequel il ne faudra pas confondre un souffle râpeux dû à une lésion valvulaire du cœur (Voy. FROTTEMENT). Le bruit de frottement, combiné ou aux bruits du cœur, peut avoir un rythme auquel on a attaché une grande importance; c'est le bruit de *galop* ou de *rappel*, signalé par Bouillaud, et qui existe en trois bruits successifs caractéristiques.

— *Lorsque l'épanchement existe*, on en constate assez facilement les signes : la voussure, la matité pyriforme et mobile, l'absence du bruit de frottement, l'éloignement et l'affaiblissement des bruits du cœur. Mais ces signes n'ont pas tous une égale valeur.

La voussure précordiale, par exemple, n'a d'importance comme signe que lorsqu'on la voit apparaître avec la maladie, ou bien augmenter avec les progrès de l'épanchement et diminuer avec sa décroissance; car si elle reste fixe, on ne la regarde comme une de ces saillies physiologiques qu'il est si fréquent d'encontrer chez l'homme sain à la région précordiale (Voy. INSPECTION).

Quant aux autres signes, il faut d'abord se rappeler qu'ils peuvent ne pas toujours être perçus lorsque le malade est couché sur le dos. Lorsqu'alors il est en effet, une médiocre quantité de liquide épanché dans le péricarde, la matité caractéristique peut manquer, car le liquide se loge alors en arrière du cœur, et il peut y avoir un bruit de frottement précordial bien accusé, en même temps que les battements et bruits du cœur peuvent être superficiels; au contraire, que l'on explore le malade assis, et les signes manifestes de l'épanchement se montrent. Cette remarque, faite par Bouillaud, est d'une importance capitale pour le diagnostic. La matité, dans les épanchements abondants, peut s'étendre jusqu'à la première côte (Corrigan); elle peut refouler le poumon vers le haut (Graves). Mais ce sont là des faits exceptionnels. Sans remonter si haut, le liquide peut assez comprimer le cœur pour en affaiblir considérablement les contractions, et donner lieu à la production des signes de paralysie cardiaque incomplète indiqués plus loin. C'est sans doute à cette compression, ou du moins à la gêne subie par le cœur, que l'on doit attribuer le peu d'amplitude de la pulsation du pouls, comme dans le tracé de la figure 190, emprunté à Marey (*Physiol. de la circul. du sang*, 1863).

— *Lorsque l'épanchement péricarditique est résorbé*, il existe à la face interne du péricarde des inégalités, des brides ou des adhérences compliquées qui donnent lieu à des phénomènes particuliers qu'il est nécessaire de connaître. Les rugosités persistantes et les adhérences incomplètes du péricarde retiennent un bruit de frottement ou de frôlement (ordinairement vers la

adhérences du péricarde n'ont pas de signe unique qui s'oppression ou rétraction de Sanders a été d'ailleurs rencontrée en présence d'adhérence de péricarde. Suivant Friedreich, c'est un signe qui a bien plus de valeur quand il coïncide avec une déplétion des veines du cou, s'opérant au moment de la dyastole ventriculaire chez deux malades morts avec une adhérence complète du péricarde. Il y avait en outre une matité précordiale étendue (matité rétro-sternale), et, après la rétraction de la paroi thoracique gauche dans une grande étendue, on sentait dans la même région une matité énergique que l'on aurait pu prendre d'abord pour le choc coïncidant avec le second bruit (*Arch. für pathol. Anat.*, 1871).

La marche de la maladie a une rapidité extrême dans ce cas; secondaire; habituellement sa durée est de plusieurs semaines. Les signes reconnaissent que l'épanchement augmente ou diminue, les progrès ou la diminution de la voussure et l'élévation graduelle du liquide observé par Hughes (*Lond. med. Gaz.*, 1844) et par le *du méd. prat.*) sont des données utiles, mais elles ne sont utiles que dans les épanchements abondants. La mensuration, à mon avis, le meilleur moyen (comme pour les épanchements pleuraux) de suivre les progrès croissants ou décroissants de l'épanchement, l'ai constaté.

Les antécédents étiologiques sont souvent d'une grande importance diagnostique de la péricardite. On n'oubliera pas que les trois cas cités sont des hommes, qu'on rencontre la maladie à l'âge de la vieillesse aussi bien qu'au-delà de cinquante ans, et surtout qu'elle est plus fréquente chez les hommes. Elle se montre assez souvent, en effet, dans le cours du rhumatisme chronique; elle n'est pas très-rare non plus comme complication de la tuberculose pulmonaire. Burrows a signalé les tubercules comme cause de péricardite (*Lond. med.-chir. transact.*, 1847), et Aran a ren-

1. — La même difficulté ne peut exister entre la péricardite et la pleurésie; car ici le symptôme douleur est le seul qui soit commun aux deux affections. Ce n'est donc que tout à fait au début de la péricardite, ne s'annonçant encore que par la douleur, que l'on pourrait croire à un rhumatisme des parois thoraciques. — Une *pleurésie gauche* avec épanchement dans le péricarde, présente une matité qui ne saurait être prise pour celle de la pleurésie. Il n'y a que dans le cas très-rare où l'épanchement pleurétique serait enkysté au niveau de la région précordiale que la confusion serait ainsi que cela est arrivé à Desault, qui ouvrit une collection semblable à une abcès dans le péricarde. Mais dans les cas de cette espèce, il est évident que, de nos jours, la marche de la maladie et l'absence de signes locaux du côté du cœur lèveraient tous les doutes. Si d'ailleurs le cœur est déplacé par l'épanchement pleurétique vers la droite du sternum, où l'on pourra alors constater sa position superficielle, et la clarté de ses bruits avec absence de tout bruit de frottement, ces particularités ne sauraient exister en opposition d'une péricardite. Le déplacement du cœur à droite, si dans les épanchements pleurétiques gauches abondants, me semble un diagnostic différentiel de la péricardite et de cette pleurésie. Lorsque ces deux affections se développent simultanément, ce qui n'est pas très-rare, la matité au niveau de la matité postéro-antérieure n'est pas régulière; elle s'infléchit pour remonter en avant comme en arrière, et enfin il existe du côté des signes fonctionnels et physiques qui ne peuvent échapper à l'attention. — Une *tumeur intra-thoracique* solide qui se développerait au niveau du péricarde pourrait donner lieu à une matité complète qui n'en diffère que par un examen superficiel. La matité, en effet, ne présenterait pas la forme pyramidale de celle de la péricardite, et, de plus, le cœur est repoussé latéralement, ou bien en arrière sous la tumeur, et cette circonstance, au lieu d'assourdir les battements du cœur, les renforce au contraire, et dès lors on ne pourrait croire à un épanchement dans le péricarde. — Reste enfin l'*hydropéricarde* non inflammatoire, qui présentera l'un épanchement liquide dans la séreuse, mais sans les autres symptômes de la péricardite, et au contraire avec des épanchements analogues à ceux du péricarde, dans les plèvres, le péritoine et le tissu cellulaire, épanchement qu'il sera ordinairement facile de rattacher à l'affection qui les produit (ANASARQUE). L'hydropéricarde pourra d'ailleurs être confondue avec l'épanchement de la péricardite chronique, mais encore avec la dilatation excessive du cœur, avec amincissement de ses parois. On a rencontré un exemple de ce dernier genre, avec matité très-étendue et avec des battements et de bruits cardiaques, qui pouvaient faire parfaitement croire à un épanchement dans le péricarde.

On distingue une forme aiguë et une forme chronique de la maladie qui m'occupe. La forme chronique est d'autant plus obscure que la douleur manque, surtout si il existe assez fréquemment une affection concomitante du cœur, à laquelle on peut rapporter tout aussi bien qu'à la péricardite l'irrégularité du pouls, la bouffissure de la face et l'anasarque. — Une forme très-importante à connaître, en ce qu'elle donne à la maladie une physionomie particulière en ce qu'elle est accompagnée d'une haute gravité, c'est la forme *paralytique* qui a été bien décrite par Jaccoud (*Leçon de clin. méd.*, p. 273, 1867). Il y a un amoindrissement de la force du cœur, d'où : *diminution de l'impulsion cardiaque*, suivant Stokes, *affaiblissement du premier bruit du cœur*, le second est à peu près normal; pouls devenant *intermittent et irrégulier*, ou



t. IV, 1855), par Margueritte (*Thèse*, 1862), Fernet (*Soc. de biol.*, 1864), et enfin par Cornil (*Soc. de biol.*, 1864), ce qui donne à cette affection un caractère d'un fait des mieux établis (*Voy. NÉO-MEMBRANES*).

Comme *complications* de la péricardite, on a signalé la hypertrophie du cœur (Hope), qui serait la conséquence des adhérences de l'organe. Mais on a reconnu que cette hypertrophie consécutive est plus rare qu'on ne l'avait cru d'abord (*Voy. p. 19*). Une complication plus grave de certaines péricardites serait, suivant Virchow, la péritonite aiguë du cœur, rappelée tout à l'heure comme cause de paralysie qu'il rattache à la propagation de l'inflammation aux fibres musculaires, attribué à cette dégénérescence, dans un cas, une mort subite, la faiblesse et les intermittences du pouls (*Arch. für path. Anat.*, 1858, t. XIII).

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — La péricardite simple, apparaissant chez des individus paravant bien portants, se termine constamment par la guérison; mais si elle survient au contraire comme complication, principalement d'un rhumatisme articulaire, ou d'une maladie du cœur, la mort en est la conséquence. La forme paralytique, quelle que soit sa cause, est la plus grave. Enfin la mort peut être précédée des phénomènes délirants qui ont été rappelés au début de cet article.

**PÉRINÉPHRITE.** — Cette inflammation du tissu cellulaire des reins, qui se termine ordinairement par suppuration, se complique quelquefois par une douleur plus profonde que dans le lombago, plus tard par un bombement du flanc avec une sorte d'empâtement surtout en arrière, sans fluctuation manifeste. Si l'on ne donne pas issue au pus accumulé, il peut fuser vers la fosse iliaque, ou vers l'arcade crurale, pancher dans la cavité péritonéale ou se faire jour dans l'incision dans les voies aériennes. L'inflammation s'étend quelquefois au foie, à la rate, ou au poumon correspondant).

TONITE, les *épanchements* du péritoine, sanguins (*Voy.* p. 504) ou *séreux* (*p. ASCITE*), des *collections purulentes* (ABCÈS), et les TUMEURS qui occupent l'épiploon ou les autres replis du péritoine. Les signes qui annoncent ces affections ont été exposés aux articles qui les concernent (*Voy.* aussi ABDOMEN).

**PÉRITONITE.** — Cette affection, que le médecin est appelé à rencontrer fréquemment dans sa pratique, est tantôt aiguë et tantôt chronique.

**Péritonite aiguë.**

**État aigu,** l'inflammation du péritoine constitue une maladie qui peut différer, sous certains rapports, suivant les conditions dans lesquelles elle se produit. Suivant sa cause, certaines particularités de sa marche, son siège, son étendue. Mais dans ces circonstances variées, elle présente des caractères communs qui la font diagnostiquer comme péritonite, et sur lesquels je dois par conséquent attirer d'abord l'attention; le diagnostic, en effet, doit, pour se compléter, partir du fait simple *péritonite* pour arriver ensuite à la détermination des formes et espèces de la maladie.

**Éléments du diagnostic.** — Le symptôme dominant de la péritonite aiguë est toujours une *douleur de ventre* plus ou moins vive, ordinairement localisée d'abord, puis envahissant l'abdomen tout entier, augmentant à la moindre pression par les mouvements, même par ceux de la respiration, qui est difficile et surtout de la supérieure. A cette douleur se joignent : l'*altération profonde des traits* (face grippée); des *nausées*, des *vomissements bilieux*, ordinairement douloureux, et parfois remplacés par de simples *réurgitations*; une *anorexie* complète, une *soif* intense, de la *difficulté à uriner*; à une période plus avancée, de la *constipation*, la *tuméfaction du ventre*, qui est sonore à la percussion, et parfois le siège d'une *matité mobile* (épanchement) dans les parties déclives; plus rarement, à l'auscultation et à l'application de la main, un *bruit* ou une sensation de *craquement* ou de *frottement* (Bright); un *pouls* et accéléré, la sécheresse de la peau, de l'*agitation*, parfois du *délire*, et, les derniers temps, le *refroidissement* des extrémités, de la *prostration*, *incontinence*.

La marche de la péritonite aiguë est toujours continue, et sa durée peut être de moins de vingt-quatre heures et de plus de sept jours, lorsque la mort survient, ce qui arrive dans presque tous les cas où l'inflammation est très-étendue.

**Inductions diagnostiques.** — La douleur abdominale augmentant à la pression, l'altération des traits, le ballonnement du ventre, les vomissements bilieux, la fréquence et la petitesse du pouls, sont les symptômes le plus fréquemment observés. Mais à part la douleur, qui est constante, la fréquence et les caractères des symptômes peuvent varier suivant les circonstances et je rappellerai tout à l'heure.

Le premier point à établir, comme je l'ai dit plus haut, est l'existence de la péritonite. Pour y arriver, on s'appuiera sur les signes dont il vient d'être question se mettant en garde toutefois contre les causes d'erreur suivantes. — Le *rhumatisme des parois de l'abdomen*, lorsqu'il est intense et accompagné de troubles gastriques (Genest, *Gaz. méd.*, 1832), pourrait être pris pour une péritonite. Mais dans le rhumatisme, la douleur, ressentie surtout lorsque l'on fait asseoir et recoucher le malade avec précaution, est limitée aux points atteints, ordinairement d'un seul côté, et la pression du ventre, d'abord douloureuse, est diminuée par une pression plus profonde; tandis que, dans la péritonite, la douleur est générale et d'autant plus insupportable que la pression est plus forte. — La *névralgie des parois abdominales*, dans les mêmes con-



cellulaire des torses maigres, qui débutent souvent d'une manière aiguë, et les phlegmons sous-péritonéaux des pa sur lesquels Bricheteau (*Arch. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. VI, p. Bernutz (*Arch. de méd.*, 1850) ont appelé l'attention (Voy dernier cas, les troubles fonctionnels du tube digestif au d dure, élastique et peu épaisse du phlegmon, sa matité superfici profonde, et la fluctuation si la suppuration survient (Bernutz l'idée d'une péritonite.

L'existence de la péritonite n'étant pas douteuse, ou présent bilités, on en étudiera les commémoratifs, qui comprennent dans lesquelles s'est développée la péritonite.

*L'influence du froid, l'ingestion de boissons froides l sueur ont été indiquées comme causes de la péritonite simp primitive : forme extrêmement rare de la maladie, que l'on n même, admettre toujours qu'avec la plus grande réserve, en co données diagnostiques insuffisantes les influences étiologiques rappeler.*

Presque toujours, en effet, la péritonite est secondaire et s à la suite de *violences extérieures* ou de *plaies pénétrant* (péritonite traumatique), soit dans le cours de nombreux ét qu'il importe de bien connaître.

En dehors de la péritonite spontanée ou traumatique, on affaire soit à une péritonite *puerpérale*, soit à une péritonite *ou par rupture*, soit enfin à une péritonite *par extension d tion voisine*.

a. — La *péritonite puerpérale* n'est qu'un élément de la (*Voy. ce mot*), et je ne la rappelle ici que pour signaler, da gravité extrême des symptômes de la péritonite, l'absence ou la sécrétion lactée (suivant l'époque plus ou moins rapproché

monite ne soit due à une large rupture de l'estomac, par l'altération des traits ne produit très-rapidement, par l'attitude des malades qui les fait se pelotonner sur eux-mêmes et redouter le moindre mouvement, par des frissons continuels, etc. Parfois, suivant la remarque de Louis, les principaux symptômes peuvent diminuer et les malades sont bientôt sans crainte, mais alors d'autres phénomènes doivent empêcher le médecin de partager cette sécurité : les malades restent grippés, les nausées et les vomissements continuent, ou bien la langue, sans être profondément altérée, est pâle et violacée, et les frissons sont intermittents.

Les conditions pathologiques des péritonites par perforation sont très-nombrables. Ces perforations peuvent être produites : par des ulcères simples ou multiples de l'estomac, par des érosions de l'organe dues à des caustiques (de cuivre) ou par sa rupture; par des ulcérations de l'intestin (affection typhoïde, gangrène, phthisie, carcinome, etc.); par des ulcérations, ou par des distensions suites des distensions extrêmes des conduits urinaires ou des conduits biliaires (d'où un calcul peut passer dans la cavité péritonéale); par des ruptures de l'appendice iléo-cœcal, condition fréquente de péritonite que nous avons étudiée ailleurs (Voy. CÆCUM); par des ruptures d'abcès ou de collections apocystiques d'organes solides (du foie, de la rate); par des ruptures d'anévrysmes ou d'abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal, de kystes hydatiques, de collections sanguines, purulentes ou autres, occupant le bassin et même l'intérieur de la poitrine (pleurésie diaphragmatique). Lorsque le liquide épanché est sanguin, les signes de l'hémorrhagie interne se joignent à ceux de la péritonite, et, tantôt la mort est rapide, tantôt au contraire le malade guérit par suite d'un enkystement du sang, comme on le constate dans l'hématocèle (Voy. HÉMATOCÈLE).

Malgré ces circonstances très-diverses, la constatation préalable des maladies et des lésions qui peuvent se compliquer de rupture dans le péritoine, telles que l'affection typhoïde, la distension des voies biliaires, les abcès, certaines tumeurs chroniques ulcéreuses, la distension extrême de la vessie, etc., peut prévoir quelquefois, et expliquer toujours, l'apparition de la péritonite par perforation ou rupture. Mais il n'en est pas constamment ainsi; car on voit des péritonites, latentes jusque-là, se manifester tout à coup par l'invasion d'une péritonite semblable. D'un autre côté, on peut rencontrer la péritonite suraiguë dans la maladie de Bright, ainsi que j'en ai signalé un exemple (Soc. des hôp., 1854), et suivant certains observateurs, on verrait apparaître quelquefois, même dans le cours de la fièvre typhoïde, une péritonite avec tous les symptômes apparents d'une péritonite par perforation, et notamment l'invasion brusque, sans que la perforation existe réellement. Ce sont là des faits exceptionnels; cependant il ne faut pas les perdre de vue, en raison du pronostic favorable qui pourrait être porté dans les cas de cette espèce, dans la fièvre typhoïde. On a noté ces faits au mot TYPHOÏDE (Fièvre).

— La péritonite par extension de l'inflammation a pour point de départ l'inflammation aiguë d'un organe voisin du péritoine, celle du péritoine lui-même au niveau de l'étranglement d'une hernie, ou enfin l'inflammation qui accompagne une affection organique des organes abdominaux. Quelquefois la péritonite est générale, comme celle dont il a été précédemment question, et dans ce cas on la voit se développer rapidement après avoir débuté dans le point malade; mais le plus souvent la péritonite par extension de l'inflammation est locale. Elle ne se manifeste fréquemment que par des douleurs vives, surtout à la pression, ou seulement plus vives que celles qui pouvaient exister déjà,

en comparant à celle de l'enfant adulte. L'inflammation d'un organe, sans les autres signes, est caractérisée par une douleur spontanée rare que la pression augmente; mais s'il survient une péritonite, ce n'est qu'une acuité beaucoup plus grande, la pression même légère de la paroi du ventre, à son niveau, les mouvements l'augmentent, en même temps que les symptômes généraux peuvent présenter une aggravation sensible. Plus tranchée encore s'il s'agit d'une affection chronique qui s'accompagne que de douleurs sourdes, tandis que la douleur est toujours une certaine intensité; et si cette douleur persiste plusieurs heures, il n'y a aucun doute sur l'existence de l'inflammation.

Il est aujourd'hui reconnu que, chez l'enfant, de même que chez l'adulte, la péritonite, générale ou locale, est le plus souvent secondaire, et les symptômes n'ont rien de bien particulier dans le jeune âge. Cependant, chez le nouveau-né, la maladie est ordinairement la conséquence de la phlegmie et elle s'accompagne de l'érysipèle du tronc (Thore). Chez les enfants, le diagnostic différentiel présente cette particularité que les symptômes de l'invagination, plus fréquemment observées à cet âge qu'à l'adulte, ont été prises pour des péritonites. Dans deux cas de tympanite rapportés par M. Thore et Rilliet, les cris, la face grippée, la tension extrême du ventre, l'insensibilité avaient induit en erreur. Quant à l'invagination, les symptômes qui s'accompagnent avec la péritonite sont les vomissements, la constipation, la douleur du ventre. Les différences sont : pour l'invagination, l'extrême fréquence des vomissements et leur nature assez souvent stercorale, l'opiniâtreté de la constipation, la continuité des coliques du ventre et l'insensibilité à la pression du ventre; pour la péritonite, la rareté des vomissements qui sont une constipation peu opiniâtre, la continuité de la douleur et l'insensibilité du ventre à la pression. Lorsque les vomissements stercoraux peuvent n'y avoir que des nuances entre ces symptômes, et lorsqu'ils ont rencontré des cas où le doute entre les deux maladies persiste jusqu'à la mort (*Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 28).



ur péri-utérine, qui a été décrite à tort sous la dénomination de *phlegmon utérin* selon Bernutz et E. Goupil, phlegmon qui n'est qu'une *pelvi-péritonite* (Voy. PHLEGMONS).

n'ai rien à ajouter à ce qui précède relativement au *degré* d'intensité de péritonite; mais il n'en est pas de même, soit des *lésions* qui la produisent, soit des formes de la maladie.

Il y a une *lésion péritonéale* particulière à laquelle se rattache la péritonite tuberculeuse, considérée comme effet de la phthisie aiguë. Ce sont des *adhérences*, généralement considérées comme une manifestation de la diathèse tuberculeuse, mais dont Empis a fait l'expression d'une maladie aiguë particulière lui donnant la dénomination de *péritonite granulique* (Voy. GRANULIE).

Une forme de péritonite, à début fébrile, très-bien étudiée par Empis comme *péritonite aiguë*, et qui est pour nous la péritonite aiguë tuberculeuse ou des *tubercules*, peut simuler une *fièvre typhoïde* ou même une *péritonite par perforation* (Hemey (*De la Péritonite tuberculeuse*, Thèse de doct., 1867) y ajoute l'élément interne et certaines entérites, mais ici les différences sont profondes.

Je ne saurais omettre de rappeler, comme *complication* de la péritonite aiguë tuberculeuse, la perforation des parois abdominales à travers une *tumeur phlegmoneuse* spontanée, fait exceptionnel observé par Aldis chez une petite fille de sept ans (*Lond. med. Gaz.*, 1846), et par Bonamy (de Paris), chez un adulte qui présenta de plus une perforation du diaphragme due à la même cause (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII). Il peut en outre résulter des conséquences graves de la formation d'adhérences ou de brides intra-abdominales dans le cours de la guérison. Dans le bas-ventre, où la péritonite partielle est si fréquente chez la femme, par suite des maladies de son appareil génital, les adhérences produites, en effet, produisent des désordres dont il est important de connaître le point de départ. Certaines déviations de l'utérus, suites de pelvi-péritonites, sont dues à ce que le fond de l'organe est maintenu et comme soudé dans sa position anormale : condition essentielle à connaître pour ne pas alors violenter la nature dans le but de le redresser. La simple adhérence d'une anse intestinale à la profondeur du bassin donne quelquefois lieu à l'engouement de l'intestin, comme Cossy l'a démontré; et enfin des brides accidentelles, dues aussi à la péritonite antérieure, sont assez fréquemment des causes d'étranglements.

**OCCLUSION INTESTINALE**, de même que des adhérences de l'appendice iléocolique ou d'autres diverticules de l'intestin dues à des péritonites partielles. Ces faits démontrent la nécessité de rechercher la péritonite comme antécédent lorsque l'on présente au praticien les maladies que je viens de rappeler.

**Pronostic.** — La péritonite doit être jugée d'une manière bien différente selon qu'elle est locale ou généralisée, et suivant sa cause. La péritonite locale se termine le plus souvent par la guérison, tandis que, lorsqu'elle est plus ou moins généralisée, c'est au contraire la mort qui en est la terminaison la plus fréquente. La péritonite par perforation est aussi presque constamment funeste; mais il doit être admis que la guérison survient dans des faits exceptionnels, avec étroitesse de l'ouverture accidentelle et lorsque des adhérences limitent rapidement le foyer inflammatoire à un petit espace. Il reste alors quelquefois une tumeur due aux adhérences péritonéales et dont les antécédents peuvent révéler la nature. C'est ce que j'ai diagnostiqué chez un jeune homme à Cochon pour une tumeur indolente de la fosse iliaque droite, et qui, huit mois auparavant, des signes de péritonite par perforation. La guérison, survenue par suite d'une variole grave, permit de vérifier la perforation de l'appendice cœcal.

de question à l'état aigu, et qui sont souvent chroniques, comme étant habituellement de nature tuberculeuse et, excé-  
cancéreuse.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — On considérât généralement chronique des tuberculeux comme ayant, dès le début une évolution graduelle, sans fièvre initiale. Hemey croit l'invasion fébrile intermittente, et un interrogatoire suffisant permettrait de la reconnaître. Quoi qu'il en soit, le premier symptôme de cette péritonite est l'augmentation de la sonorité et du volume du ventre, d'où des vêtements, ou bien une douleur abdominale spontanée, permanente, augmentant par la pression et la percussion, et par le niveau des parois, du péritoine, ou des intestins. Plus tard, après un temps variable, surviennent une fluctuation temporaire et un persistant. Dans le cas où il s'est montré au début, sans épanchement, le météorisme diminue au bout d'un certain temps, et les circonvolutions se dessinent à l'extérieur, en même temps que l'abdomen se durcit. C'est en l'absence de l'épanchement que l'on peut percevoir le bruit de frottement et les craquements dont il a été question dans la péritonite aiguë. Les nausées et les vomissements sont rares. Enfin, et à moins que la péritonite ne devienne aiguë, le malade ne meurt pas. Dans certains cas, le ventre est constamment indolore à la pression, et n'offre pour tout symptôme qu'un excès de volume, un degré de fluctuation, l'urine n'étant pas albumineuse et le malade ne s'éprouve, jusque-là, les symptômes d'une maladie organique. Du côté de la poitrine ou des autres organes, tantôt il existe de la phthisie pulmonaire, et tantôt ces signes sont douteux ou même très-rare, il existe vers l'abdomen des signes d'un cancer.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic consiste d'abord à constater l'existence de la péritonite chronique, puis à en déterminer l'origine.

Les symptômes précédemment énumérés établissent suffi-



ondément altérées, doivent mettre sur la voie du diagnostic ; que la péritoncancéreuse est beaucoup moins fréquente que celle due aux tubercules ; enfin que les tubercules et le cancer se développent bien rarement chez les mes sujets (*Rech. sur la phthisie*, 2<sup>e</sup> édit., p. 272).

pendant, en dehors de ces faits, il en est dans lesquels la péritonite chronique est indépendante des tubercules et du cancer ; ce sont principalement les *péritonites chroniques* (*Voy. PHLEGMONS péri-utérins*). Quant aux péritonites latentes qui s'annoncent sur le cadavre par des adhérences plus ou moins étendues sans signes particuliers pendant la vie, je n'ai pas à m'en occuper, leur pronostic n'étant pas possible. Hemey a traité très-longueusement dans sa thèse du diagnostic différentiel de la péritonite chronique avec les *kystes de l'ovaire*, la *consolidation des organes génitaux* de la femme, les *collections purulentes intra-ventre*, la *phthisie mésentérique*, les différentes affections caractérisées par un développement anomal de l'abdomen, la *syphilis viscérale* et la *cirrhose*. Il est de cette énumération pour rappeler les difficultés nombreuses de diagnostic qui peuvent se présenter. Ce ne sont pas cependant les seules. On peut prendre en effet une péritonite chronique compliquant la maladie de Bright avec une *ascite*, comme j'en ai rapporté un exemple, dans lequel la ponction, faite sous l'inspiration d'une sérosité purulente, fut suivie de la guérison de la péritonite, dont les traces furent manifestes plus tard, après la mort due à la maladie principale.

**Pronostic.** — Il est presque toujours très-grave, malgré la longue durée de la maladie dans certains cas. Cependant on a constaté des faits de guérison, lorsque la péritonite était manifestement liée à l'existence d'une tumeur pulmonaire ; Louis m'a dit en avoir observé deux exemples. J'ai communiqué moi-même à la Société des hôpitaux (février 1865) le fait d'une guérison de péritonite chronique compliquant la maladie de Bright et j'ai parlé tout à l'heure.

**INTERMITTENTES (Fièvres).** — *Voy. INTERMITTENTES (affections).*

**Pertes séminales.** — L'écoulement involontaire du sperme n'est qu'un symptôme, la *spermatorrhée* ; mais il résulte de cet écoulement répété des symptômes plus ou moins graves qui constituent la spermatorrhée une véritable maladie, comprise sous la dénomination de *pertes séminales involontaires*, et qui a été étudiée principalement par Lallemand (1836-1842).

**Éléments du diagnostic.** — Les pertes séminales sont, on le conçoit, le signe pathognomonique de la maladie. Elles surviennent successivement de différentes manières avec l'aggravation de la maladie : il peut y avoir des *pollutions nocturnes* fréquentes, provoquées ou non par des rêves érotiques, avec ou sans sensation voluptueuse, ou sans érection ni plaisir ; les pollutions peuvent devenir *diurnes* avec érection, puis sans érection ; le plus léger frottement ou même un simple désir, le voisinage d'une femme ou la vue d'un objet suffisent pour provoquer l'éjaculation. Le sperme s'écoule même quelquefois en avant, sans érection ; enfin, cet écoulement a lieu aussi pendant la *fécation* et la *miction*, vers la fin de ces deux actes, chez les sujets le plus gravement atteints.

L'impuissance est très-fréquente, même avant que la maladie soit avancée. Les organes génitaux présentent un état remarquable de *flaccidité* et de *maigrissement*.

Les symptômes généraux que produisent ces pertes involontaires, les troubles de l'innervation sont les plus nombreux et les plus importants. Ce

peu à peu, et la folie peut survenir. — Du côté des organes observe les phénomènes les plus variés de la *dyspepsie stomacale*, comme cause et effet de l'affaiblissement général ; cet effet se traduit par un dépérissement et une anémie bien manifestes, le bruit de souffle cardiaque soit constant.

2° *Inductions diagnostiques.* — Telles sont les données que peut se baser pour constater la maladie qui m'occupe. Leur but n'est point d'en faciliter le diagnostic ; il tend plutôt à le rendre d'autant plus difficile que l'on soupçonne moins l'existence des pertes séminales. C'est l'effet, que les troubles nerveux si variés qui en sont la conséquence, fixent d'abord l'attention du médecin, et qu'il ne se contente pas d'arriver trop souvent, de s'enquérir des troubles qui peuvent exister dans les organes génitaux. Il en est alors des pertes séminales involontaires, quand on ne songe pas à rechercher la présence du sperme.

Il est vrai que l'écoulement involontaire de la semence, si on ne le constate pas, est un fait qui se présente de lui-même en quelque sorte au praticien, puisque l'on constate sur le malade ou sur son linge, et que le patient lui-même se livre spontanément ses pollutions nocturnes ou diurnes. Cependant, aussi que les pertes séminales qui s'effectuent après la défécation surviennent sans être précédées de pertes nocturnes ou diurnes, elles n'attirent pas l'attention du malade, et il ne consulte plus que par suite de l'inquiétude que lui causent, non ces pertes, mais les troubles généraux qui en résultent, les troubles nerveux surtout. L'infécondité et l'impuissance sont quelquefois aussi les motifs qui le font recourir au médecin. Dans ces cas les plus obscurs sur la voie du diagnostic qu'autant que l'interrogatoire et l'examen réveillent l'idée des pertes séminales involontaires ; et alors le malade accuse lui-même l'écoulement spermatique, la première chose à faire est de s'assurer : 1° qu'il y a réellement des pertes séminales involontaires.

En l'absence du liquide ou des taches en question, on retrouve le même liquide, les animalcules spermatiques, dans le dépôt des urines, que l'on peut séparer de la même manière, après avoir décanté doucement le liquide urinaire et en avoir recueilli la couche la plus inférieure. — Si les pertes séminales surviennent à la fin de la défécation ou de la miction, la quantité du liquide suspect est moindre que dans le cas précédent, parfois son odeur n'est plus caractéristique ou elle offre une certaine fétidité, en sorte qu'il peut se faire que cet écoulement ne soit pas du sperme. Pour s'en assurer, on recommande au malade, comme conseille Lallemand, de recueillir une goutte du liquide visqueux qui sort de l'urètre, et de le laisser sécher ; délayée dans un peu d'eau, la partie concrète se dissout toujours facilement, par l'examen microscopique, même après un temps prolongé, des animalcules plus ou moins déformés, mais toujours reconnaissables, si l'on a affaire à du sperme. Les spermatozoïdes manquent au contraire dans les mucosités provenant de la prostate, mucosités s'écoulant dans les mêmes conditions de défécation ou de miction (à la suite de certaines blennorrhagies, par exemple) et présentant d'ailleurs des caractères analogues d'aspect et de viscosité. Il en est de même du liquide des glandes de Méry ou de Cowper qui est très-filant et qui donne leur viscosité au sperme aussi bien qu'au liquide urinaire.

Ces faits sont essentiels à connaître ; mais ce qu'il ne faut pas oublier non plus, c'est que l'on peut trouver des spermatozoïdes dans ces derniers liquides ou dans les urines, sans qu'il y ait de véritable spermatorrhée. C'est ce qui arrive après la miction dans les conditions normales, après des pollutions nocturnes non morbides, et même après l'expulsion difficile de fèces endurcies. On voit combien il est difficile de s'assurer du fait en apparence si simple de l'écoulement morbide du sperme, et quelle attention il faut apporter dans l'appréciation des faits propres à résoudre le problème.

En supposant cette solution obtenue, et le fait de la spermatorrhée bien constaté, comment reconnaître si elle est réellement involontaire ? On peut avoir l'illusion, en effet, à un sujet qui simule la maladie par la masturbation, soit pour se faire séjourner à l'hôpital, comme j'en ai vu un exemple, soit pour échapper au service militaire. Mais, en pareils cas, soupçonner la simulation, c'est presque l'avoir reconnue, car une surveillance convenable, l'impossibilité pour le malade de justifier d'une perte diurne réelle et une observation très-attentive suffisent nécessairement pour faire découvrir la simulation.

Les éléments étiologiques viennent quelquefois compléter le diagnostic. On peut citer comme causes : une constitution grêle et une susceptibilité nerveuse exagérée ; l'habitude de la masturbation et les excès vénériens de tout genre ; la blennorrhagie ; les diverses affections irritatives du rectum, les hémorroïdes, les vers intestinaux, et surtout la constipation agissant par la pression exercée par les matières fécales sur la prostate et les vésicules séminales. Trousseau (*Clinique médicale*) admet des spermatorrhées dépendant d'un excès de contractilité des vésicules séminales, et d'autres d'une lésion des conduits éjaculateurs. — L'évolution ou la marche de la maladie, qui est essentiellement chronique et longue, ne présente pas d'autre particularité utile au diagnostic.

On excepte les cas dans lesquels on peut prendre pour du sperme un écoulement s'effectuant par l'urètre, il n'y a pas d'affection avec laquelle on puisse confondre les pertes séminales involontaires. Cela ne veut pas dire qu'on ne croie pas très-souvent à une autre maladie lorsque ces pertes séminales involontaires existent ; car, outre les troubles intellectuels, il n'est pas

seminales involontaires. — Le degré auquel l'affection est arrivée avec les trois formes de pertes dont il vient d'être question, et ou moins prononcée des spermatozoïdes dont j'ai parlé précédemment, ces différents points établis, est-ce seulement sous le rapport qui en résulte que le praticien peut avoir à préciser le degré de l'altération plus ou moins profonde de la nutrition, et l'intensité grande des troubles nerveux, seront les bases de cette appréciation aux complications, il ne faut pas oublier qu'on peut voir soit aiguë ou chronique, des congestions cérébrales, des lésions paraplégie, l'ataxie locomotrice progressive, l'hypochondrie, la manie suicide. Lisle a eu à traiter des aliénés chez lesquels naître comme origine de la maladie des pertes séminales involontaires passées inaperçues (*Bull. de l'Acad. de méd.*, mars 1851, t. 1).

3° *Pronostic.* — Le pronostic des pertes séminales involontaires qu'autant que la maladie est méconnue ou abandonnée à elle-même existe des complications.

**PESTE.** — Outre les travaux antérieurs à l'expédition française, un assez grand nombre de documents importants ont été publiés par Desgenettes, Larrey, Louis Frank, Pugnet, et, sur la peste de Clot-Bey, Aubert Roche, Brayer et par Prus (*Rapport à l'Académie sur la peste et les quarantaines*, Paris, 1846).

1° *Éléments du diagnostic.* — Ils sont généraux ou locaux. Dans un grand nombre de cas, la maladie débute par des phénomènes généraux, état de prostration extrême, frissons irréguliers suivis de chaleur sèche, angoisse, pouls, qui est en même temps petit et misérable; stupeur, yeux rouges et hagards, céphalalgie, éblouissements, vertiges, délire considérable, station et marche impossibles; insomnie effrayante ou visions, ou bien coma; assez souvent délire varié, furieux; respiration anxieuse et accélérée; langue d'abord

es rouges analogues à des piqûres de puce, se montrant principalement sur parties découvertes, s'agrandissant et devenant le siège de vésicules, de phlyctènes, d'induration et de gangrène; 3° l'*anthrax*, variété de charbon qui débute de plus larges taches très-douloureuses, occupant ordinairement les épaules, ou les aines; 4° enfin des *plaques érysipélateuses* et surtout des *pétéchies* de 1 à 5 millimètres de diamètre, discrètes ou confluentes, tant alors sont nombreuses, rosées, violettes ou noires, ne disparaissent pas sous la pression. — C'est ordinairement lorsque ces phénomènes se montrent vers la fin que les accidents généraux acquièrent toute leur intensité, et que l'on voit les traits s'altérer de plus en plus, la face devenir anxieuse, animée, les yeux brillants, l'ouïe difficile, et se déclarer parfois des *mouvements convulsifs*, des soubresauts de tendons, de l'*aphonie*, du *hoquet*, une *dyspnée* plus ou moins prononcée, l'irrégularité, la petitesse, puis l'insensibilité du *pouls*, des *sueurs froides*, des *syncopes*, des *pertes de sang* par différentes voies et des *excréments* très-fétides, qui précèdent ordinairement la mort.

*Inductions diagnostiques.* — Lorsque l'on constate l'ensemble de ces phénomènes, on ne saurait douter de l'existence de la peste, surtout si on les observe dans les contrées où se déclarent habituellement les épidémies de cette maladie.

L'existence connue d'une épidémie de cette espèce, on le conçoit, favorise beaucoup le diagnostic. Cependant, au début même de l'épidémie, le diagnostic ne saurait être douteux comme pour la fièvre jaune, car l'intensité des phénomènes généraux, la prostration, la stupeur, auxquelles se joignent des vomissements, des charbons à marche rapide et des pétéchies, ne permettent guère de confondre la peste avec aucune autre maladie. Il en serait de même dans les cas où ces phénomènes extérieurs ouvriraient la marche de la maladie ou en constitueraient les seuls symptômes. Mais on a observé des faits dans lesquels les accidents sont incomplets, et où, par exemple, ils sont réduits aux phénomènes fébriles sans bubons ni charbons caractéristiques (Clot-Bey). Or, si l'on rencontre des cas sporadiques de ce genre, la méprise est inévitable, à moins qu'on n'observe dans les contrées de prédilection de la peste : en Égypte, en Syrie, dans les deux Turquies, dans les régences de Tripoli, de Tunis, au Maroc.

Un symptôme indicateur de l'invasion encore obscure d'une épidémie de peste n'existerait, suivant Prus, dans les douleurs que les personnes antérieurement affectées de la maladie éprouvent fréquemment au niveau de leurs cicatrices de bubons ou de charbons, pendant ou même avant une épidémie nouvelle. La valeur de cette opinion aurait besoin d'être contrôlée par un nombre de cas suffisants; et d'ailleurs il peut ne pas exister dans le pays d'individus antérieurement affectés et guéris avec des cicatrices.

Il faut tenir compte dans le diagnostic de l'évolution aiguë et parfois très-rapide de la peste, qui peut entraîner la mort en quelques heures, mais qui se prolonge en moyenne pendant cinq ou six jours, et quelquefois pendant plus de deux septénaires. La convalescence est toujours longue en cas de guérison.

Le rapport (Rapport à l'Acad. de méd., 1846) a signalé comme causes particulières (dont la constatation éclaire plus ou moins le diagnostic) l'habitation sur des terrains d'alluvion ou marécageux, un air chaud et humide, de mauvaises conditions hygiéniques, l'infection miasmatique provenant d'un malade ou d'un foyer d'infection, mais non le contact, comme on l'a cru longtemps. Enfin les émotions morales vives, les excès, les grandes fatigues, ont paru prédisposer



la paralysie d'un sens ou celle d'un ou de plusieurs membres

3° *Pronostic.* — J'ai à peine besoin de dire que la peste est des plus graves; cependant il ne faut pas la croire toujours mortelle parfoiſ d'une façon presque foudroyante et qu'elle soit fatale de la terminaison fatale lorsque les symptômes sont graves, il y a un nombre qui sont suivis de guérison, sans que l'on puisse établir de ces différens faits, qui varie selon les épidémies. L'intensité des symptômes généraux, la décomposition des traits, la multiplicité des bubons gangréneux, les syncopes, la prostration extrême, les convulsions du corps, les urines sanguinolentes, annoncent une issue contraire, dans le petit nombre de cas où l'issue doit être favorable. Les symptômes généraux s'amendent, les bubons se résolvent ou suppurent, lieu à la sortie d'un pus de bonne nature, les eschares gangréneuses, et le malade revient très-lentement à la santé, à moins qu'il n'ait affecté des accidens nerveux dont j'ai parlé tout à l'heure. En finissant que, dans la peste, il est difficile d'établir d'une manière précise la gravité pronostique de tel ou tel symptôme, attendu qu'un symptôme qui est favorable dans une épidémie peut devenir pernicieux dans une autre épidémie.

**PÉTÉCHIES.** — On a ainsi désigné des taches rouges, placées, ordinairement très-petites, analogues à celles des pétéchies, comme ponctuées, et qui sont dues à l'extravasation sous-épidermique. Elles ne disparaissent pas momentanément sous la pression du doigt. TACHES rosées lenticulaires, avec lesquelles on les confond assez facilement.

Les pétéchies se rencontrent comme symptômes ou épiphénomènes d'un grand nombre de maladies : dans le *purpura*, le *scorbut*, les *fièvres graves*, les *cachexies*; elles constituent un des signes de la *peste*.

**PHARYNGITES.** — Les études anatomo-pathologiques

arence si compliqué des diverses espèces de pharyngites, en renvoyant aux **ULCÉRATIONS** ce qui concerne les pharyngites ulcéreuses.

### . Pharyngites aiguës.

orsque la pharyngite constitue une maladie aiguë, on peut avoir affaire à la **ne** simple ou inflammatoire, ou bien à une pharyngite spéciale.

#### . — *Pharyngites inflammatoires.*

orsque l'inflammation est légère, outre la gêne douloureuse éprouvée au **au** du pharynx au moment de la déglutition, on ne constate à l'inspection **me** rougeur et une **tuméfaction** superficielles et peu prononcées au niveau **l'isthme** guttural ou des amygdales. La fièvre est nulle ou à peine marquée **le** début. — C'est alors une affection très-bénigne, que le plus souvent le **mecin** n'est pas appelé à constater.

armi les *pharyngites intenses*, je range toutes les angines gutturales fran-  
cées inflammatoires, qui s'accompagnent d'une fièvre plus ou moins pro-  
tée, ouvrant la scène dans un assez grand nombre de cas, et de signes lo-  
plus graves que dans l'espèce précédente, quoique la mort n'en soit pas  
airement la conséquence.

es amygdales, leurs piliers et le voile du palais présentent une **rougeur** et  
**tuméfaction** plus ou moins considérables, et qui sont ordinairement plus  
onquées au niveau des tonsilles, qui repoussent alors les piliers et font saillie  
bis au point de se toucher et d'empêcher l'inspection de la partie profonde  
pharynx. Ces organes présentent fréquemment des **points jaunâtres** formés  
une matière caséiforme sécrétée dans les lacunes des amygdales et qu'il

bien se garder de considérer comme des concrétions pseudo-membra-  
es; il en est de même de la couche muco-purulente épaisse et jaunâtre  
tapisse quelquefois la paroi postérieure visible du pharynx, et sur laquelle  
bez et Rilliet ont attiré l'attention, en faisant remarquer que le frottement  
t pour l'enlever, ce qui n'a pas lieu pour les fausses membranes. Dans cer-  
cas, les amygdales sont moins enflammées, moins tuméfiées que les piliers  
voile du palais.

à même temps que ces différentes particularités peuvent se constater à  
me du gosier, le malade y éprouve la *sensation d'un corps étranger*, une  
eur plus ou moins considérable, très-augmentée pendant l'acte de la  
tition; le passage de l'air est même douloureux, ainsi que la pression sous  
le du maxillaire inférieur, où parfois existe une tuméfaction légère ou très-  
onquée, qui empêche en grande partie l'écartement des mâchoires. La voix  
ivent un caractère guttural, nasonné, tout particulier, qui peut à lui seul  
suspçonner l'existence de la pharyngite; la respiration n'est ordinairement  
gênée d'une manière sensible, à moins que le gonflement ne soit énorme;  
nflammation atteint les trompes d'Eustache, il y a une *surdité* momentanée,  
is assez prononcée pour inquiéter beaucoup les malades, même lorsque le  
ement apparent de l'isthme est peu intense, comme j'en ai observé un cas  
at; enfin la muqueuse gutturale, sèche au début, sécrète bientôt des mu-  
és filantes et tenaces qui provoquent des mouvements de déglutition ou qui  
expulsées difficilement par expiration.

à n'oublie pas que l'inflammation varie suivant son *étendue*, son *intensité*,  
ait qu'elle s'accompagne de symptômes fébriles plus ou moins prononcés à  
début ou dans son cours; suivant son *siège* à la partie supérieure du pha-  
(isthme) ou dans sa partie profonde, et suivant sa *terminaison*.

on siège au niveau de l'isthme facilite le diagnostic en raison de l'inspection  
ible des parties malades, que l'on voit d'abord luisantes et sèches, puis

plus, dans les *fièvres graves*, on voit quelquefois survenir, si la maladie se prolonge, des pharyngites inflammatoires qui ne sont que des inflammations secondaires tardives, comme Louis en a signalé dans la *fièvre typhoïde*, et qui quelquefois se terminent par suppuration. — En rappelant ces lésions pathologiques de la pharyngite inflammatoire, je ne prétends parler que des caractères apparents de la lésion, sans préjudice de ce que sa nature est et doit avoir de spécial.

Je ne dois pas oublier de rappeler qu'à la suite de la pharyngite simple, on observe quelquefois la *paralysie du voile du palais*, bien facilement reconnaissable à ses caractères propres (*Voy. PARALYSIES*); et de plus que Verneuil a cité, comme complication métastatique des inflammations pharyngiennes chez de jeunes garçons, des épanchements de la tunique vaginale, avec tuméfaction considérable, indolente, fluctuante et transparente (*Arch. de méd.*, 1857, t. X).

— *Pharyngites aiguës à formes spéciales.*

À l'exploration du pharynx, qui peut être provoquée ici, comme dans les précédents, par la douleur pendant la déglutition, on constate des signes différents de ceux de l'inflammation simple. La rougeur du pharynx peut bien plus ou moins intense, mais sa tuméfaction est en général moins prompte, et d'autres signes tout particuliers peuvent s'y remarquer : l'inflammation est souvent simplement *catarrhale*; d'autres fois il y a des *ULCÉRATIONS*, des *infiltrations œdémateuses*, des *éruptions*, des exsudats *pultacés* ou *pseudomembraneux*, et enfin la *gangrène*.

— Les *pharyngites catarrhales* aiguës sont difficiles à préciser. Suivant une (*ouv. citée*), elles comprennent les « angines qui ont pour caractère de provoquer un trouble de sécrétion de la membrane muqueuse, avec congestion plus ou moins vive, plus ou moins généralisée de la totalité de cette membrane spécialement des appareils sécréteurs qui entrent dans sa composition. » Elles cessent spontanément ou par de simples précautions de régime, dans un court espace de temps, n'acquérant d'importance que lorsque l'inflammation se propage aux organes voisins. Si l'on est obligé de s'en tenir à une description si vague, nous verrons plus loin qu'il n'en est plus de même des pharyngites angines catarrhales chroniques.

— La *pharyngite œdémateuse* a été comprise par les auteurs dans la description de l'ŒDÈME DE LA GLOTTE; mais on rencontre des sujets débilités atteints de pharyngite inflammatoire, et qui présentent en même temps une infiltration œdémateuse manifeste de la luette et d'une partie du voile du palais, qui sont blanches et comme demi-transparentes. Du moins j'ai observé deux fois cette lésion chez une dame atteinte d'une gastralgie habituelle, et chez laquelle la pharyngite suivait sa marche ordinaire, en se compliquant une fois d'un abcès aigu au niveau de l'amygdale. On a noté aussi de ces œdèmes partiels dans certaines pharyngites granuleuses. Mais ce sont là, il faut l'avouer, des faits rares dans la pratique.

— Ce qui est au contraire très-commun, ce sont les *pharyngites papuleuses*, puis *vésiculeuses*, qui accompagnent la variole ou la varioloïde. La muqueuse du voile du palais, de ses piliers et de la partie voisine de la voûte nasale, peut présenter alors des papules ou bien des vésicules de la dimension d'un grain de millet ou de petites lentilles, d'un gris parfois légèrement jaunâtre, sans saillie bien prononcée, et entourées d'une teinte un peu plus foncée du reste de la muqueuse. Cette pharyngite s'accompagne d'une dysphagie généralement peu prononcée, et elle constitue un excellent signe diagnostique de l'affection varioleuse encore incertaine, car l'éruption pharyngienne peut persister pendant les symptômes fébriles du début et avant que l'éruption

éclairer l'observateur sur la vraie nature de la pharyngite, dont on a pu faire croire à une simple maladie locale, ce qui est arrivé à Fothergill.

e. — Je dois rapprocher des pharyngites qui précèdent l'angine que Lasèque considère comme devant prendre place dans l'histoire de la pharyngite. Ce n'est pas précisément au pharynx qu'on l'observe. Les glandes sont alors affectées, comme les glandes sébacées le sont à l'oreille. C'est principalement le segment sous-amygdalien qui confine à la base de l'amygdale. Pour bien voir la lésion, il faut faire l'examen à l'aide d'un spéculum, tandis que la langue est tirée au dehors. On reconnaît alors la lésion affecter trois formes différentes. 1<sup>o</sup> Elle consiste d'abord en petites pustules rarement acuminées, puis en petites ulcérations de courte durée (simplex de la face). 2<sup>o</sup> Il y a des pustules moins nombreuses, mais plus en lieu de huit à dix de chaque côté comme dans la forme précédente. Elles se renouvellent, avec des rémissions, pendant des années, la voix est rauque pendant les périodes d'acuité. 3<sup>o</sup> Bien plus rarement, et chez l'adulte seulement, il y a des follicules béants et à parois indurées, peu nombreux, au nombre de vingt au moins, occupant, en cas de confluence, la base de la gorge.

Ces trois formes d'angine acnéique, *simple*, *pustuleuse*, *folliculaire*, s'accompagnent jamais de fièvre, sont parfois le point de départ d'une angine étendue aux parties voisines.

f. — La *pharyngite pseudo-membraneuse* ou *diphthérique* présente plusieurs aspects dont il faut tenir compte, et que Davioud a décrit (Méd., 1846). Tantôt la concrétion ne forme qu'une tache blanche jaunâtre ou grisâtre, mince sur les bords, plus épaisse à son centre, la pellicule est mince et demi-transparente; d'autres fois, il existe de grandes plaques jaunâtres d'un aspect lardacé, résultant de l'épaisseur de l'extension des points opaques ou du dépôt transparent primitifs.

ile du palais. Les parties molles de l'arrière-gorge paraissent profondément sphacélées; le voile du palais, les amygdales et la membrane muqueuse du nez semblent en partie détachés; sur les amygdales, de larges taches grises inscrites par un bourrelet d'un rouge violacé simulent à s'y méprendre des chancres gangréneux. Il suffit d'exposer ces caractères des exsudats diphthériques pour montrer qu'ils diffèrent essentiellement des exsudats de la pharyngite pultacée. On verra plus loin qu'il y a des différences aussi tranchées entre les concrétions diphthériques et les lambeaux gangréneux.

Le caractère particulier de la pharyngite diphthérique à rappeler encore, c'est qu'elle a une grande tendance à envahir le larynx (croup). Il ne faut pas dire non plus qu'elle est primitive ou secondaire. — Lorsqu'elle est primitive, les concrétions peuvent se montrer dès le premier jour; il y a engorgement des ganglions sous-maxillaires, mais la douleur, la gêne de la déglutition, et la fièvre, n'ont pas ordinairement une intensité en rapport avec l'activité de cette affection. — Lorsqu'on l'observe au contraire chez des sujets affectés d'une autre maladie, les symptômes généraux et locaux sont accentués, et il existe ordinairement des ulcérations sous les fausses membranes, ce qui n'a pas lieu dans la plupart des cas où la pharyngite est primitive. C'est principalement dans la rougeole, la variole, l'affection typhoïde, et au niveau de certains ulcères pharyngiens syphilitiques, que l'on rencontre la pharyngite pseudo-membraneuse secondaire.

On a donc admis une forme commune et une forme maligne de la pharyngite diphthérique. Mais les faits observés autorisent à établir les trois types que j'ai rappelés ailleurs (*Voy. DIPHTHÉRIE*, p. 303), et auxquels se rapportent la localisation pharyngienne : 1° la pharyngite pseudo-membraneuse limitée, sans tendance envahissante et sans symptômes d'intoxication; 2° celle qui s'étend rapidement dans le pharynx, dans les voies respiratoires plus profondes, et dont tout le danger est dans cette extension même; 3° enfin celle qui s'accompagne d'accidents généraux graves d'intoxication ou d'empoisonnement apparent du sang, quel que soit le degré de la lésion du pharynx. — C'est le premier de ces types, qui s'accompagne le plus souvent à son début d'une éphémère avec ou sans herpès labial, que se rapporte l'angine couenneuse naine de Bretonneau, dite herpétique par Gubler (*Voy.* p. 518 et 303). Lorsqu'il y a absence d'accidents généraux graves et que l'exsudat pharyngien, d'abord limité, diminue manifestement du jour au lendemain sous l'influence d'un simple gargarisme détersif, au lieu de s'étendre, on doit admettre qu'on a affaire à une pharyngite diphthérique commune ou bénigne.

— La pharyngite gangréneuse, trop négligée après la publication des travaux de Bretonneau, a de nouveau attiré l'attention des observateurs, et il y a quelques années, Gubler en a fait l'objet d'une communication intéressante à la Société médicale des hôpitaux (*Arch. de méd.*, 1857, t. IX). Cette variété de pharyngite s'observe chez les adultes et chez les enfants; mais c'est une affection toujours rare. Suivant la juste remarque de Barthéz et Rilliet, chez l'enfant le diagnostic n'en est pas toujours facile, ce qui tient tantôt à la débilitation des malades (toujours affectés d'abord d'une autre maladie) qui s'oppose à l'examen suffisant de la gorge, et tantôt à la limitation de la gangrène dans les parties profondes du pharynx, qui ne peuvent être accessibles à la vue. — Dans les cas rares où l'on peut suivre la marche de cette lésion toujours secondaire, on voit les amygdales seules, ou bien ces organes, le voile du palais et ses piliers, qui prennent une couleur livide violacée, puis d'un gris noirâtre ou même noir. Avec les progrès de la maladie, les parties molles semblent



le sont d'autant plus que Becquerel, et avec lui d'autres observateurs, ont démontré que les deux formes de pharyngite, gangréneuse et diphthérique, pouvaient coexister ensemble. Barthez et Rilliet donnent la méprise dans les cas où les plaques couenneuses, *grisâtres et très-fétides*, simulent à s'y méprendre la gangrène de porter dans l'arrière-gorge un caustique qui provoquerait des charres apparentes, et de s'assurer que la muqueuse et les tonsilles n'ont éprouvé aucune perte de substance. Il est bon de faire observer que les plaques diphthériques peuvent recouvrir des ulcérations; si la maladie est secondaire, ce qui ferait facilement croire à la charre. Le meilleur moyen d'investigation en pareil cas est donc d'examiner au microscope les détritiques organiques, constitués par de la *fibrine globante des épithéliums* s'il s'agit de pseudo-membranes, et de reconnaître des *éléments organiques* des parties atteintes, s'il y a gangrène. Le diagnostic ne laisse aucun doute si l'on peut suivre la lésion vers la bouche, où elle apparaît vraiment gangréneuse (p. 430).

Chez l'adulte, la gangrène se rencontre avec des caractères qui ont été observés un exemple remarquable chez un aliéné paralytique. Les syphiliographes ont aussi constaté la gangrène comme complication de certains ulcères phagédéniques du pharynx.

La pharyngite gangréneuse n'est curable que dans certains cas limités. On a cru à des guérisons qui auraient eu pour conséquence la destruction du voile du palais ou la destruction de la luette; mais n'ayant pas de faits de gangrène simple de ces ulcérations syphilitiques que je viens de rappeler, et auxquels on a donné les qualifications de diphthériques ou gangréneuses?

## II. Pharyngites chroniques.

Les pharyngites chroniques de l'arrière-gorge, selon la terminologie de Barthez, sont de deux sortes: la première est la pharyngite chronique simple, la seconde est la pharyngite chronique compliquée.

est qui persistent longtemps et deviennent chroniques; d'autres sont tellement rares, qu'elles ne méritent qu'une simple mention. Telle est la *pharyngite unique* décrite par Mosler, constituée par des symptômes leucémiques du sang et des amygdales, ayant l'aspect de tumeurs brillantes, assez résistantes, produisant une inflammation intense dans leur voisinage (*Virchow's Arch.*,

#### PHARYNGITES CATARRHALES.

Après avoir reconnu l'impossibilité de constituer les diverses espèces de pharyngites catarrhales chroniques d'après les diathèses *arthritique*, *scrofuleuse*, *herpétique*, etc., qui les engendrent, mais sans leur imprimer de caractères particuliers, Lasèque reconnaît que la lésion doit servir de base à leur classification. Or, ces inflammations chroniques peuvent être classées d'après leur siège : 1° *angine catarrhale chronique diffuse*; 2° la *pharyngite catarrhale*; 3° l'*amygdalite chronique*; 4° le *catarrhe de la luette et du voile du palais*.

— L'*angine catarrhale chronique diffuse* occupe toute la muqueuse pharyngienne, et se réduit d'abord à quelques sensations plutôt incommodes et douloureuses, améliorées momentanément après le repas. La gorge tout entière est d'un rouge terne, plus congestionnée au niveau des piliers antérieurs, qui semblent épaissis, et la muqueuse est moins humide que d'ordinaire, mais baignée, surtout le matin, par le mucus nasal. — A un degré avancé, les inconvénients sont pires; il existe une sécheresse âpre dans la gorge, avec gêne dans la déglutition de la salive, mais non des aliments; il y a des accès de suffocation spasmodiques ou des efforts de nausées; une toux qui oblige à boire souvent, ce qui produit de la dyspepsie. La muqueuse est rouge, d'un rouge plus ou moins vil, saillante par places (follicules développés); au toucher elle est chaude, comme veloutée, et de consistance inégale. L'évolution lente de l'affection et sa limitation habituelle au pharynx, rapprochées des lésions locales des follicules, semblent ne constituer qu'une variété (avec addition à la muqueuse) de la pharyngite dite *granuleuse*, d'autant mieux que ces lésions paraissent être les mêmes de part et d'autre : l'abus de la parole, l'usage exagéré de la fumée de tabac, etc. Lasèque admet aussi que l'affection peut être due à une influence diathésique, goutteuse, herpétique, hémorrhagique, etc.

— La *pharyngite catarrhale* est le second type que le même observateur propose à constituer. Chez l'enfant, elle mériterait à peine le nom de maladie, car elle ne tendait à se prolonger. Les amygdales ne sont pas alors sensiblement altérées, mais la muqueuse est rouge, épaissie, et les saillies globuleuses y existent dans l'état normal n'ont plus leur transparence; elles sont mates, le pharynx, en se contractant, se plisse en sillons profonds. La sécrétion catarrhale ne fournit pas d'indices utiles. Enfin la surdité incomplète est une complication commune. — Chez l'adulte, ce n'est pas vers les trompes d'Eustache que s'étend la pharyngite, mais vers le larynx et même jusqu'à la trachée. En raison d'une variété très-rare dans laquelle la muqueuse est lisse et sèche, et qui est admise par Lasèque, la forme la plus commune est l'*angine granuleuse, glanduleuse, folliculeuse* des auteurs.

Cette *pharyngite granuleuse* ou *glanduleuse*, qui a été étudiée dans ces derniers temps par Green (de New-York) et par Chomel, a été le sujet d'une description intéressante de Noël G. de Mussy (1857). Cette pharyngite chronique est caractérisée par des lésions spéciales, visibles à l'inspection de l'isthme

intervalle on remarque des *vaisseaux variqueux*, peut-être prononcés que l'affection est plus ancienne. Enfin, en déprimant la langue, on peut quelquefois voir l'épiglotte, dont la muqueuse présente aussi parfois des granulations. Suivant Green, la longue atrophie des tissus qui élargirait la gorge.

Suivant Noël G. de Mussy, un *chatouillement* provoquant un *hem*, des *crachats* globuleux, colloïdes, *perlés*, et enfin des *rales*, le *timbre*, la *tonalité* et la *puissance de la voix*, sont les phénomènes qui caractérisent l'angine granuleuse. Jointes à l'éruption essentiellement chronique de la maladie, ces données suffisent au diagnostic.

Parmi les données anamnestiques, la *diathèse herpétique* constituerait, suivant Chomel et G. de Mussy, la condition la plus favorable au développement de cette pharyngite. Mais cette question importante est encore à être soumise à une rigoureuse observation tant des *cas* de l'angine granuleuse que de ceux qui en sont exempts; car l'herpès, comme le comprend de Mussy, est tellement commun, qu'il est nécessaire de chercher si sa fréquence n'est pas aussi grande d'un côté que de l'autre. L'angine granuleuse est plus franchement secondaire dans la *syphilis* depuis longtemps considérée aussi comme une manifestation. Les *avocats*, les *instituteurs*, les *chanteurs*, et, suivant Green, les *acteurs*, plus fréquemment encore, seraient particulièrement prédisposés lorsqu'elle est primitive. G. de Mussy a vu les follicules du pharynx expulser des concrétions calcaires, composées de phosphate d'urate de chaux (*Union méd.*, 1856, p. 76); et suivant S. Willemin (*Union méd.*, 1858, p. 336), le catarrhe bronchique, la *pneumonie*, la *pleurésie*, la *catarrhe vésical*, la *catarrhe utérin*, la *catarrhe nasal*, la *catarrhe stomacal*, la *catarrhe intestinal*, la *catarrhe pulmonaire*, une douleur particulière de la langue, très-fatigable, seraient aussi des complications de la maladie. Les *catarrhes* de l'extension de l'affection au larynx.

minée par l'accumulation des produits de sécrétion dans leurs cavités muqueuses. Aussi se caractérise-t-elle par des crises d'inflammation locale, fièvre, qui gênent les fonctions pharyngiennes, surtout lorsqu'il y a projection du mal aux parties voisines, soit vers les fosses nasales et les trompes d'Eustache, soit vers le larynx, d'où résulte la raucité ou l'extinction de la voix. La production d'engorgements et d'abcès glanduleux, et l'hypertrophie progressive des tonsilles sont des conséquences de l'affection. L'aspect des amygdales hypertrophiées varie; dans les intermissions, elles sont roses, indolentes, de couleur uniforme, tandis que pendant les recrudescences elles sont d'un rouge livide, gonflées par un mucus transparent, résistantes au toucher, ou bien d'une teinte opaline, mûriformes, comme composées de vésicules demi-transparentes, molles et dépressibles. Comme dans plusieurs autres pharyngites chroniques, il y a rarement formation de concrétion calculeuse par suite de l'amygdalite chronique qui m'occupe.

— Le catarrhe de la luette et du voile du palais n'a pas l'importance que lui a donnée, surtout en ce qui concerne la luette, dont l'élongation (le plus souvent par l'œdème) ne peut pas avoir les inconvénients qui lui ont été attribués. Comme phénomènes subjectifs, les malades accusent dans la gorge un picotement, une pesanteur qui leur semblent produits par un corps étranger, et ce malaise a lieu lors des mouvements du voile du palais pour la déglutition de la salive. C'est une affection localisée, essentiellement chronique, et qui est à des exacerbations spontanées ou provoquées, que l'excision de la luette pourrait guérir radicalement.

Il faut noter les données qui peuvent éclairer le praticien sur le diagnostic de pharyngites catarrhales, qui n'ont pas de gravité par elles-mêmes, mais qui peuvent entraîner une longue durée.

#### PHARYNGITES SYPHILITQUES.

Parmi les pharyngites chroniques que l'on a rattachées à la syphilis comme formes secondaires, on a distingué une forme érythémateuse, une forme granuleuse, une troisième forme en plaques arrondies, et enfin une forme creuse que je renvoie au mot ULCÉRATIONS, comme je l'ai fait pour les ulcérations pharyngiennes à marche aiguë. Toutes ces pharyngites syphilitiques coïncident très-souvent avec des syphilides. Martelière a même assimilé les lésions syphilitiques du pharynx à celles de la peau (*Thèse*, 1854). Telle est aussi l'opinion de Lasèque qui considère les pharyngites syphilitiques comme des syphilides de la muqueuse pharyngienne.

La forme érythémateuse, parfois très-opiniâtre, suivant Cazenave, se caractérise par une rougeur érythémateuse d'un aspect violacé, avec très-peu de gonflement des parois du pharynx, qui sont sèches, luisantes, comme vernissées. La déglutition est difficile, il y a un sentiment constant de sécheresse à la gorge, surtout le matin. Cet ensemble de caractères est bien évidemment caractéristique; mais, dans les cas douteux, le diagnostic doit s'appuyer sur l'absence antérieure ou actuelle d'accidents syphilitiques, et sur l'amélioration que peut produire un traitement antisyphilitique. — Il en est exactement de même de la forme granuleuse de la pharyngite syphilitique, qu'il serait si facile de confondre avec la pharyngite granuleuse non syphilitique. — La forme en plaques arrondies présente au contraire des signes tout particuliers à l'inspection de la gorge. Ce sont, outre l'injection d'un aspect violacé, des petits disques ou portions de disques légèrement saillants, de teinte opaline ou tout à fait blancs et épais, faisant corps avec la muqueuse. Il n'est pas rare que de semblables plaques existent en même temps sur la muqueuse des joues, des

uade, son maturation, et les ulcérations profondes et irrégulières ont été prise le plus souvent pour une angine syphilitique rebelle, n'entraîne pas d'engorgement ganglionnaire comme le cancer, plus la gravité.

**PHARYNGORRHAGIE.** — Voy. HÉMORRHAGIES, p. 4

**PHARYNX.** — Comme la cavité buccale, le pharynx occupe une certaine mesure, aux fonctions de la respiration, de la digestion et de la déglutition. Il est, en effet, comme le vestibule par où passe l'air dans les voies respiratoires proprement dites, il est le principal siège de la déglutition, et enfin il constitue avec les fosses nasales et la cavité buccale un appareil complexe dans laquelle la voix résonne et acquiert son timbre.

1° *Maladies.* — Les affections pharyngiennes, soit primitives, soit symptomatiques, sont nombreuses. Ce sont : l'angine pharyngienne ou *pharyngorrhagie* ; les diverses espèces de *pharyngite*, pultacée, diphthérique, gangréneuse, ulcéreuse ; les *pharyngites* plasmiques, érythémateuse, granuleuse, ulcéreuse simple ou syphilitique, les *dégénérescences organiques*, les *tumeurs* et la *dilatation* du pharynx.

2° *Symptômes.* — La douleur spontanée, ordinairement augmentée par le passage de l'air, par l'exercice de la déglutition, est toujours par les mouvements de déglutition. — Les symptômes dont le pharynx est le siège doivent être recherchés aussi à l'inspection, que j'ai signalés plus haut. — Le passage de l'air dans le pharynx est plus ou moins gêné par suite de la tuméfaction des parois pharyngiennes, d'une autre cause de rétrécissement de cette cavité, et cette gêne est beaucoup plus prononcée dans le jeune âge que dans l'âge adulte, jusqu'à l'asphyxie. La *dysphagie* est le signe le plus fréquent de l'affection du pharynx, et le premier qui soit accusé par le malade dans un bon nombre de cas. Enfin la *voix* prend, dans certaines affections pharyngiennes, un timbre particulier qui seul met quelquefois sur la voie du diagnostic.



che de cuiller (moyen le plus ordinaire) ou d'instruments particuliers, tels que des *abaisseurs de la langue*, que des praticiens préfèrent, ou enfin à l'usage de *spéculums*, qui sont cependant à peu près exclus de la pratique. L'abaisse-langue est indispensable pour voir la lésion de l'angine acnéique, qui occupe le segment sous-amygdalien qui confine à la base de la langue (*Voy. p. 108*). Malheureusement il peut arriver que ces auxiliaires de l'exploration soient rendus inutiles par l'impossibilité où se trouvent les mâchoires d'être suffisamment écartées l'une de l'autre. On a aussi la ressource de pouvoir introduire l'indicateur entre les arcades dentaires et, en le rapprochant latéralement du fond de la bouche, d'explorer ainsi les parties accessibles au toucher, c'est-à-dire celles qui s'étendent peu au delà de l'isthme du gosier, sauf parfois dans quelques cas où l'on peut atteindre l'épiglotte et la glotte elle-même.

Enfin je dois rappeler d'autres moyens explorateurs de la cavité pharyngienne. L'introduction d'un *stylet* ou d'une tige quelconque, au moyen de laquelle on peut détacher du pharynx soit du mucus épaissi qui simule une fausse membrane, soit une pseudo-membrane réelle. Pour absterger l'amygdale ou le voile du palais, Lasèque recommande de se servir d'une tige de bois revêtue à son extrémité d'une légère couche de ouate qu'on enroule à la manière des fleurettes, de manière à former un tampon sans qu'il soit nécessaire de l'assujettir par un fil. 2° L'emploi du *microscope* permet de rechercher la nature d'un végétat ou des détritits pharyngiens, surtout pour le diagnostic de la gangrène. Enfin le *laryngoscope* peut être appliqué à l'exploration des parties du pharynx inaccessibles à l'inspection directe, à l'aide d'un crochet releveur du voile du palais (*Voy. LARYNGOSCOPIE*).

**PHLÉBITE.** — Sans reproduire les discussions dont cette affection a été l'objet, je rappellerai que l'on ne considère plus aujourd'hui, comme il y a un certain nombre d'années, toute coagulation sanguine dans les veines comme étant l'inflammation de ces vaisseaux. On a reconnu que s'il y avait réellement une phlébite dans certains cas, dans un beaucoup plus grand nombre d'autres, il n'y avait que simple coagulation du sang sous l'influence de causes diverses, coagulations spontanées désignées par Virchow sous le nom de thromboses. Une autre lésion faite par beaucoup d'auteurs anciens est celle de la phlébite et de l'absorption purulente ou PYÉMIE, qui est quelquefois la conséquence de la phlébite, mais qui, en tout cas, en est parfaitement distincte.

La phlébite étant ainsi restreinte, son diagnostic est très-différent selon la lésion superficielle ou profonde des veines enflammées, c'est-à-dire suivant qu'elles sont ou non accessibles à l'exploration.

**Phlébites des veines superficielles.**

**Éléments du diagnostic.** — Toutes les veines plus ou moins superficielles d'un certain volume, et principalement celles des membres, peuvent être le siège d'une phlébite, que l'on diagnostique à l'aide de la vue et de la palpation. La veine enflammée et obturée par un caillot forme sous le doigt de l'explorateur un *cordon dur* et douloureux; la douleur spontanée, parfois vive et augmentant à la palpation, occupe non-seulement le vaisseau malade, mais aussi (lorsque la veine a un certain volume) les parties dans lesquelles la veine prend son origine, et qui sont en même temps le siège d'un gonflement caractéristique. Comme autres signes de la phlébite, on peut constater des *abcès circonscrits* localisés au niveau de la veine, dans son intérieur ou son pourtour, et des phénomènes fébriles qui, pour être faibles ou nuls dans certains cas, n'en constituent pas moins dans d'autres des accidents très-

Mais s'il s'agit d'une phlébite limitée à une partie de la con-  
bre, l'inflammation localisée pourrait être prise pour une ly-  
un érysipèle ou pour un phlegmon simple. — Cependant il faud-  
sans un examen suffisant pour admettre une *lymphangi-*  
de trainées rosées ou rougeâtres sur la peau, et de ganglio-  
l'origine du membre, signes qui n'accompagnent pas la phlé-  
— Quant à un *érysipèle* ou bien à un *phlegmon simple*, il  
d'y croire en présence d'une phlébite locale avec inflammati-  
peau, sans suppuration ou avec collection purulente. Cepen-  
s'en distinguera par la constatation du cylindre induré de la  
être recherché avec soin par la palpation, malgré la douleur q-  
que.

Les commémoratifs viendront en aide au diagnostic ; non qu-  
de la phlébite soit caractéristique, mais il y a des conditions  
culières dont la connaissance peut suggérer l'idée de la phlé-  
*quelconque de la veine*, comme la phlébotomie, l'excision, la  
pression, la distension, la contusion, le déchirement du vaisse-  
même une *blessure légère*, et à plus forte raison une piqûre  
trument chargé de matières septiques (*blessures anatomiqu-*  
plaies résultant d'*opérations*, sont, avec les *varices ancienne-*  
ditions qui ont pu être le point de départ de la phlébite super-  
de même de la *blennorrhagie*, à laquelle se rattache la phlé-  
dorsale de la verge. En dehors de ces causes de constatation  
pas toujours déterminer si la coagulation veineuse a véritable-  
phlébite pour origine.

J'ai dit plus haut que la phlébite superficielle présentait d-  
vant qu'elle occupait la base ou la continuité des membres. Mai-  
aujourd'hui sur les formes *adhésive* ou *suppurative* de la ma-  
dite adhésive, dans laquelle on a englobé tous les cas d'ou-

articles de cet ouvrage, et notamment aux mots *ABCÈS*, *MORVE*, *PHLÉ-* ; aussi n'ai-je à m'occuper ici que des *phlegmons de la fosse iliaque* legmons dits *péri-utérins*.

### **egmon iliaque.**

nnation du tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, après é l'attention des chirurgiens dans de certaines conditions, a été l'objet x importants dus à Dance, Ménière, Velpeau (*Leçons*) et à Grisolle, émoire, basé sur un grand nombre d'observations, a servi de guide à t des auteurs pour la description de la maladie.

*ments du diagnostic.* — Le phlegmon de la fosse iliaque est caracté-ncipalement par les symptômes suivants : 1° une *douleur* tantôt vive, e, tantôt sourde, obscure, mais toujours exagérée par la pression, les s de toux, s'irradiant assez souvent vers l'hypogastre, dans tout l'abdo-vers les organes génitaux et les membres inférieurs ; 2° une *tumeur* osse iliaque, d'un volume moyen, égal à celui d'un œuf de poule, rare-s petite qu'une noix ou plus grosse qu'une orange, ayant parfois des iffuses, formant quelquefois une saillie visible, ou bien aplatie et tou-préciable à la palpation, douloureuse, dure, un peu résistante, sans es ni battements ; 3° des phénomènes divers de *compression* des orga-onnants : des douleurs vives, de l'engourdissement, des fourmillements organes génitaux, et surtout dans le membre inférieur, se rattachent à ession des *nerfs* ; l'œdème du même membre, à la compression de la aque (ce qui est d'ailleurs rare) ; une constipation assez opiniâtre (qui endre aussi de la fixité de l'intestin) annonce ordinairement la compres-cœcum ; enfin une rétraction des membres et la claudication peuvent buées à la compression du muscle iliaque, ainsi qu'à l'extension de l'in-on aux fibres musculaires du même muscle et à celles du psoas. — A ptômes se joignent quelquefois des *épreintes*, un véritable *ténésme rique* sans évacuation intestinale, et fréquemment des *phénomènes* peu intenses, continus, sans paroxysmes, et rarement accompagnés de sympathiques graves.

neur se termine souvent par résolution ; mais d'autres fois la suppur-rievient et le pus se fait jour, soit vers la peau de l'abdomen ou de la ombaire, soit vers une voie naturelle (gros intestin, vessie, cavité uté-gin), soit dans la cavité du péritoine, d'où résulte une péritonite

*ductions diagnostiques.* — Le siège de la douleur et la constatation eur, survenant d'une manière aiguë, mettent habituellement sur la voie ostic, lorsqu'il existe un phlegmon de l'une ou l'autre des fosses ilia- le diagnostic se trouve confirmé par la coïncidence des autres symp-us ou moins nombreux que je viens de rappeler. Mais s'il est essentiel compte de l'ensemble des phénomènes morbides, il faut les compléter de des antécédents, c'est-à-dire de l'évolution antérieure de la maladie s causes probables, afin de donner au diagnostic toute la précision

3.

Aut pas oublier, en effet, que l'invasion a quelquefois lieu subitement umeur ; que d'autres fois il y a d'abord des troubles digestifs (inappé-ausées, constipation ou diarrhée), ou bien quelques jours de malaise, ipation, d'engourdissement dans un membre pelvien, et enfin que la ans douleur est parfois le premier signe de la maladie. Mais la détec- des causes, et celle des conditions pathologiques de cette inflamma-

théorique, et semble démontrer que la constipation est cause du phlegmon. La *propagation* au tissu cellulaire d'une inflammation voisine est une cause non contestée, coups, des pressions fortes sur la région affectée, des p qu'elles sont compliquées de la présence de projectiles, d sives et les efforts violents de redressement du tronc arrière, sont encore autant de conditions du développement. Enfin il est quelquefois impossible de découvrir la cause de

Malgré ces nombreux éléments de diagnostic, leur groupe incomplet, fait que le diagnostic présente quelquefois des di certain nombre d'affections peuvent, en effet, simuler celle qu tumeurs stercorales sont, suivant Grisolle, celles qu'il es confondre avec l'inflammation du tissu cellulaire de la fosse apparition à la suite d'une constipation opiniâtre, les inégalit la dépression que la palpation graduée y produit quelquefoi observé, leur indolence et surtout leur disparition par l'en sont des signes distinctifs bien suffisants pour faire éviter l meurs cancéreuses de la fosse iliaque se distinguent des p inégalités, leurs bosselures irrégulières, leur dureté, par leu et parl'é'a: cachectique grave propre aux affections cancéreu hydatique sous-péritonéale peut occuper la fosse iliaque, Brun, qui y a constaté le frémissement hydatique; mais ce s manque presque toujours dans les tumeurs de cette espèce. qu'elles s'enflamment que l'on peut croire à un phlegmon sir redresser son propre diagnostic que lorsque l'on constate l'e tides par le rectum ou la vessie, en même temps que s'est iliaque. — La marche très-lente des kystes de l'ovaire et le lorsqu'ils sont peu volumineux, c'est-à-dire à la seule époqu où le praticien inattentif pourrait les prendre pour l'inflamma également des signes distinctifs suffisants pour admettre qu'i pisie enkystée de l'ovaire. — L'ovarite paraît bien difficile phlegmon iliaque, ainsi que l'a dit Vallaix, les signes de la t

mettre l'ovarite, cependant son absence ne prouvera malheureusement pas que cette affection n'existe pas. — Les *abcès du rein* s'étendant jusqu'à la fosse iliaque correspondante ont une marche différente de celle du phlegmon en question, et s'accompagnent de troubles des fonctions urinaires qui serviront à faire reconnaître. — La *péritonite aiguë* circonscrite dans la région occupée par les phlegmons iliaques présente comme caractères qui manquent à ces derniers : une saillie plus ou moins élastique, à limites mal circonscrites, et offrant, à la percussion, un son qui varie et qui peut être plus ou moins sonore. Le défaut de matité et de résistance prononcée de la tumeur empêchera aussi de la considérer comme des phlegmons les rénitences (simulant des tumeurs) qui résultent de certaines *péritonites chroniques*, et qui sont dues à de simples agglutinations, vers les fosses iliaques, d'*anses intestinales unies par des adhérences*. Grisolle a vu plusieurs fois, dit-il, des hommes instruits attribuer ces tumeurs à des phlegmons iliaques. Le défaut de matité absolue ne saurait être pris dans ces cas de fausses tumeurs comme un caractère différentiel de grande valeur; car une anse intestinale peut passer devant une tumeur phlegmoneuse et atténuer la matité qu'elle fournit habituellement. — Je n'insisterai pas sur le diagnostic différentiel du phlegmon iliaque avec les *abcès du foie* ou les *tumeurs de la rate* qui s'étendent jusqu'à l'os des îles : il suffit de l'attention la plus vulgaire pour ne pas commettre une erreur de diagnostic aussi grave.

L'existence d'une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque étant établie, d'autres questions diagnostiques restent à résoudre. Et d'abord, quel est le siège anatomique? Si la tumeur est aplatie, immobile et moins bien circonscrite, elle est développée sous l'*aponévrose* (fascia iliaque), et c'est surtout lorsque l'on voit survenir les signes de la compression du muscle iliaque (rédiction de la cuisse, claudication). Si au contraire la tumeur est plus ou moins saillante, si l'on peut lui imprimer de légers mouvements de latéralité, et la circonscrire plus facilement par la palpation, elle occupe le *tissu cellulaire sous-jacent*. On a constaté, comme je l'ai dit précédemment, que la fosse iliaque existe chez l'homme, et la gauche chez la femme, étaient plus fréquemment le siège du phlegmon. — L'*étendue* de la tumeur est encore une question relative au siège de l'inflammation, et certains symptômes peuvent résulter de l'extension de l'inflammation à telle ou telle partie voisine de la fosse iliaque : au lieu du tissu cellulaire du *psosas*, elle prend le nom de *psôitis*, et donne lieu plus fréquemment alors aux symptômes de compression veineuse dont il a été question; s'accompagne aussi de cette immobilité douloureuse avec demi-flexion du membre pelvien correspondant qui est le principal caractère du *psôitis*, mais peut aussi être le simple résultat de la compression du muscle iliaque. Due au tissu cellulaire du *ligament large* chez la femme, cette inflammation produit une saillie à la partie supérieure du vagin, où le pus se fait assez promptement jour; mais il est vrai de dire que le phlegmon du ligament large a été considéré par certains auteurs comme le point de départ plutôt que comme le point d'extension du phlegmon iliaque chez les femmes en couches.

Les phlegmons de la fosse iliaque étant le plus souvent secondaires, il est important d'en pouvoir déterminer autant que possible la *lésion* originelle. — Lorsqu'une douleur subite marque le début de la tumeur inflammatoire du côté droit, avec altération des traits, pouls concentré, vive anxiété, etc., surtout s'il y a eu auparavant des malaises, diminution de l'appétit et un peu de constipation du bas-ventre, ou une accumulation manifeste des matières fécales, il faut alors penser qu'il s'agit d'une *perforation du cæcum*, et principale-



l'ovaire, distension de la vessie par l'urine, etc.) s'est rompue dans le ligament sous-péritonéal du bassin. Les signes de ces affections sont la cause de la perforation et du phlegmon consécutif. — Lorsque l'abcès s'étend à l'extension de l'inflammation d'un organe voisin, la complication est primitive, métrite, ovarite, bubon, etc., en fera suite.

Les complications des phlegmons iliaques sont peu nombreuses des ruptures dont j'ai parlé, et qui sont plutôt des terminaisons que des complications. Parmi ces ruptures ou perforations, il faut citer comme exceptionnelle celle d'un foyer purulent dans la vésicule, observée par Demaux. On a vu la péritonite se développer préalablement et par le seul fait de l'extension de l'inflammation dans la fosse iliaque; elle est alors nécessairement moins grave que la rupture dans le péritoine. La gangrène peut aussi s'emparer du foyer, principalement dans les cas graves de phlegmons dus à la rupture du cœcum ou de son appendice; alors des lambeaux gangrénés sont expulsés par la voie que le pus s'est frayée. On a vu l'appendice être ainsi éliminé au dehors, et la guérison survenir; mais c'est un cas exceptionnel.

3<sup>e</sup> Pronostic. — L'inflammation ou le phlegmon du tissu cellulaire iliaque est une maladie grave, puisqu'elle amène la mort dans les cas (Grisolle), et que, dans beaucoup d'autres, les symptômes sont fâcheux pour inspirer de vives inquiétudes. La maladie a surtout lieu après les accouchements, dans les cas d'abcès stercoraux, et dans tous les faits dans lesquels survient la suppuration. On n'est pas sûr sur le pronostic plus ou moins favorable que l'on doit porter à la suppuration spontanée du pus suivant qu'il a lieu par telle ou telle voie; c'est à tort que Baglivi aurait considéré la communication de l'abcès avec le gros intestin comme plus favorable que l'ouverture

On des phlegmons péri-utérins, c'est que l'on a cru longtemps que l'inflammation et la suppuration avaient pour siège le tissu cellulaire péri-utérin, qu'il ressort des autopsies faites avec plus d'attention que, hors les cas de phlegmon sous-péritonéal du ligament large, le siège de l'inflammation phlegmuse est le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine, comme pour l'hématocèle (Voy. HÉMORRHAGIES intra-péritonéales, p. 504), on comprend combien doit être obscur, dans un bon nombre de cas, le diagnostic différentiel de l'hématocèle intra-péritonéale et de la pelvi-péritonite.

En part et d'autre, il y a une tumeur rétro-utérine, dont les caractères distincts, quoi qu'on en ait dit, sont insuffisants avant l'évacuation au dehors du pus qu'elle contient.

Les signes manifestes d'une hémorrhagie interne observés au début de l'hématocèle, et nuls dans la pelvi-péritonite qualifiée de phlegmon, peuvent être confondus dans les cas d'hématocèle où l'hémorrhagie est rapidement abondante, dans lesquels la tumeur se montre très-rapidement; mais ces signes peuvent varier si l'épanchement interne du sang est graduel (Voy. HÉMORRHAGIES intra-péritonéales), et si la tumeur se forme lentement.

C'est à propos de ces cas difficiles que l'on a insisté avec raison sur les antécédents et sur l'évolution ou l'enchaînement des phénomènes, que Siredey a résumé (Thèse, 1860). « Les symptômes de l'hématocèle, dit-il, présentent un maximum d'intensité au début même de l'accident, puis les deux affections se suivent, pendant quelques jours, les mêmes symptômes, qui sont ceux de la péritonite pelvienne; mais dans l'hématocèle la résorption de la tumeur se fait beaucoup plus vite que dans la péritonite, la matité (de l'abdomen) est beaucoup plus nette, mieux limitée, et est surmontée par une sonorité tympanique dans l'intestin, qui est chassé de la cavité pelvienne, et forme la limite supérieure de la tumeur; tandis que dans la pelvi-péritonite la matité est souvent diffuse, la percussion donne çà et là de la sonorité tympanique. Enfin il peut se faire que le liquide s'écoule au dehors, soit naturellement, soit artificiellement : alors il ne peut plus y avoir de doute. »

Le dernier caractère est évidemment le plus important, mais il s'en faut qu'il soit constant; et d'ailleurs il est tardif, et par conséquent il n'est utilisé que dans des conditions rares. Je ferai de plus remarquer que l'expulsion du sang ou moins altéré démontre bien qu'il s'agit d'une hématocèle; mais que l'expulsion du pus, tout en révélant une pelvi-péritonite suppurée, ne prouve rien quant à ce qu'il n'y ait pas eu d'hématocèle au début.

On dit en commençant qu'il existait un véritable phlegmon péri-utérin, le phlegmon du ligament large. On peut l'observer à la suite de l'accouchement, surtout lorsqu'il y a eu des manœuvres violentes. Il occupe, non la partie postérieure ou antérieure de l'utérus, où se manifeste la pelvi-péritonite, mais seulement l'un ou l'autre côté de cet organe. Il y a alors, dit Siredey (Thèse citée), un gonflement initial très-intense, une tumeur latérale qui vient bomber dans le vagin, vers le rectum, où le doigt découvre une résistance uniforme, œdémateuse, très-douloureuse, avec exacerbations de douleurs spontanées, lancinantes; la paroi vaginale antérieure se soulève immédiatement au-dessus du ligament de Cooper; elle est rénitente et s'accompagne d'empatement; des fusées purulentes viennent disséquer le rectum, où elles s'ouvrent quelquefois; d'autres fois le nerf sciatique et viennent se manifester à la fesse, ou bien dans les

du larynx ou de la glotte, soit dans les cavités pharyngiennes, cales, où retentit le son, et, s'il s'agit de la PAROLE ou de la voix, les éléments musculaires ou nerveux de la langue, que les lésions reconnaissent ou non pour cause une lésion matérielle, il me paraît superflu de développer ces propositions, dont l'enseigner au praticien le point de départ de ses inductions diagnostiques.

**PHOSPHÈNES.** — Voy. AMAUROSE.

**PHOSPHORE.** — J'ai exposé, à propos des empoisonnements, qui pouvaient révéler l'existence de l'empoisonnement par le phosphore, à l'ingestion du phosphore des allumettes phosphorées. Mais il me paraît nécessaire de rappeler les effets pathologiques qui résultent de l'absorption professionnelle du phosphore, effets que le praticien connaisse la signification, car ils sont très différents chez les individus, et suivant les conditions dans lesquelles ils se produisent.

Depuis assez longtemps on a signalé une *nécrose particulière*, consécutive à la pénétration des émanations ou vapeurs de phosphore dans les alvéoles (sous les gencives ou par les dents cariées). Mais ces effets sont souvent assez intenses pour être visibles dans les ateliers des allumettiers phosphorés allemands, sont absorbées nécessairement par les muqueuses aériennes et dégluties avec la salive. Or, tantôt les ouvriers souffrent de tout accident pendant des années, tantôt ils éprouvent tout d'un coup des effets suraigus d'empoisonnement, tantôt enfin il y a une intoxication graduelle. Ces effets différents sont difficiles à expliquer. On sait que le phosphore peut séjourner dans les organes pendant un certain temps sans produire d'effets appréciables, et que son mélange aux corps gras facilite sa pénétration et son absorption (Réveil, *Acad. de méd.*, mai 1859 et *Ann. d'hygiène*). Ces faits importants ne suffisent pas pour expliquer la nocuité variable, lente, ou nulle que l'on observe. La dégénérescence graisseuse du foie, que nous avons rappelée à propos des empoisonnements,

se n'a pas été trouvée en nature dans le sang, et que, dans les organes, la stéatose a fait complètement défaut chez un malade subissant l'inspiration professionnelle. Il éprouva des accidents graves rapides, un purpura avec symptômes cérébraux, qui l'emportèrent en dix jours (Alf. Fournier et Livier, *Soc. des hôpit.*, 1868). On voit qu'à part les lésions des os maxillaires, qui ont été bien étudiées (Voy. Trélat, *Thèse d'agrégation*), les effets cliniques et symptomatiques de l'intoxication lente par le phosphore ne sont encore suffisamment connus.

**ECTOPHOBIE.** — Voy. ŒIL.

**ECTHIRIASE.** — Cette maladie, appelée aussi *maladie pédiculaire*, due au pou dit *des malades* (?) qui différerait du pou de tête, du pou des rats et du pou du pubis. Il paraît s'en distinguer non-seulement par ses caractères zoologiques, mais encore par sa présence dans les différentes parties du corps, et par ses habitudes. Il s'introduit, dit-on, sous l'épiderme, où il pond ses œufs, et de chaque nid, qui devient une *phlyctène*, s'échappent des petits poux, qui se répandent et se multiplient avec une rapidité extraordinaire et désespérante, produisant des démangeaisons incessantes, et même quelquefois entraîné la mort, suivant quelques auteurs.

**PHTHISIE PULMONAIRE.** — Cette maladie, considérée comme la lésion la plus habituelle de la TUBERCULISATION, a été longtemps définie comme une affection résultant du dépôt, dans le parenchyme pulmonaire, de tubercules hétéromorphes particuliers : des tubercules. Les études microscopiques, qui ont fait croire qu'il en était ainsi (Lebert), ont bientôt démontré que cette interprétation n'était pas la vraie, et qu'il n'y avait dans la granulation tuberculeuse ou le tubercule qu'une hyperplasie d'éléments normaux. Cette démonstration a modifié profondément les idées sur la pathogénie des tubercules pulmonaires, de même que les expériences si remarquables d'inoculation de matière tuberculeuse à des animaux, faites par Villemin (*Bull. de l'Acad. de méd.*, décembre 1865). Je reviendrai sur ce sujet au mot TUBERCULES, en rappelant ici que Hérard et Cornil (*De la Phthisie pulmonaire*, 1867) ont cherché à faire concorder les découvertes nouvelles avec les faits d'observation clinique.

En point de vue du diagnostic pratique, je dois envisager la maladie telle qu'elle s'offre à l'observateur au lit des malades, tout en faisant servir aux inductions les particularités formulées par les recherches nouvelles.

La phthisie pulmonaire commune se présente habituellement à l'état chronique, c'est dans cette condition que je dois en étudier le diagnostic chez l'adulte. Je réserve de m'occuper, à propos des formes de la maladie, de celles qui ont un intérêt pratique évident, et entre autres de la *phthisie aiguë* et de la *phthisie dans l'enfance*.

**Éléments du diagnostic.** — La phthisie pulmonaire comprend deux formes distinctes, admises par Laennec (*Traité de l'auscultation médiate*) par Louis (*Recherches sur la phthisie*) : la première antérieure, la seconde postérieure au ramollissement de la matière tuberculeuse.

À la première période se rapportent : une *toux* plus ou moins quinteuse, qui cesse momentanément (Louis), mais qui persiste ordinairement, sèche ou humide de *crachats* mousseux comme de la salive battue, puis devenant plus épaisse et parfois abondants ; une ou plusieurs *hémoptysies*, une *dyspnée* et une *oppression* augmentant par la toux ; des *douleurs thoraciques* vagues, superficielles, souvent entre les deux épaules, parfois vives et lancinantes (alors *algiques*) ; à la *percussion*, un son plus aigu, plus obscur que dans l'état

ing, comme je l'ai montré à propos des HÉMORRHA-  
 2). Les varices de la bouche ou du pharynx,  
 3) les derniers temps par Lasèque (*Des An-*  
 4) duire en erreur.

constante, il est évident que le dia-  
 5) à cette première période, même  
 6) heureusement il n'en est pas  
 7) conditions différentes, peut  
 8) la fièvre, l'amaigris-  
 9) ou se montrer isolé-  
 10) tation de la ma-  
 11) certainement  
 12) que les précé-  
 13) est aux signes physi-  
 14) mption.

15) pathologique a démontré  
 16) es pouvaient occuper les pou-  
 17) signes quelconques. Cette période  
 18) immédiatement toute l'importance des  
 19) maladie; aussi de nombreux efforts ont-  
 20) ar.

21) fortement soupçonner le développement des tu-  
 22) ont des *nausées* et des *vomissements* assez fré-  
 23) eux, avec un *développement anormal du foie* sans  
 24) tite, et lorsque ces signes sont indépendants de toute  
 25) sent dans le cours d'une chlorose, après une rougeole  
 26) Une fièvre quotidienne, avec sueurs nocturnes, amai-  
 27) nent, rendrait le diagnostic presque certain, même en  
 28) siques suffisants (*Actes de la Soc. méd. des hôpit.*,

29) la percussion et l'auscultation sont ceux sur la valeur  
 30) sisté avec raison.

31) trine reste souvent naturelle dans une partie de cette  
 32) un peu plus tôt ou un peu plus tard, la sonorité sous  
 33) (Louis). Depuis que mon attention est dirigée sur la  
 34) rencontré des faits avec simple acuité du son sans dimi-  
 35) sous la clavicule où existaient précisément les pre-  
 36) auscultation, et j'ai dû en conclure que la simple modi-  
 37) Voy. PERCUSSION, p. 783) pouvait précéder la matité,  
 38) ent une condensation pulmonaire moins considérable  
 39) lieu d'être surpris que ce signe, indiqué par A. Flint,  
 40) ornil (*Ouv. cité*, p. 344). Il ne se passe guère de mois  
 41) l'occasion d'en montrer des exemples aux élèves du  
 42) a différence de tonalité du son sous-claviculaire, sans  
 43) est des plus évidentes à la première période de la  
 44) ité ou l'obscurité réelle du son sous-claviculaire, elle  
 45) on comme un des signes les plus précieux de la tubercu-  
 46) nais pour avoir cette valeur, il faut qu'elle soit réelle, et  
 47) des régions sous-claviculaires ne dépende pas d'une  
 48) emphysème ou d'un TYMPANISME uni-latéral, qui fait  
 49) ur le son normal du côté opposé. La submatité ou la



mêlés à plus ou moins de crachats muqueux ou de mucosités tiennent en suspension ; des *hémoptysies* plus rares ; une aggrava-  
sante de la *dyspnée*, de l'oppression et des *douleurs thoraci-*  
temps il existe une *obscurité du son* de plus en plus manifeste  
à la percussion du sommet des poumons, un *râle sous-crépita-*  
*quements* dont les bulles deviennent ensuite plus grosses, et  
en vrai *gargouillement*, en même temps que la respiration ri-  
*trachéale* ou *bronchique* avec bronchophonie, puis *caverne-*  
*rique* avec *pectoriloquie*. A cette période extrême, on peut ce-  
*de pot fêlé* par la percussion, entendre le *tintement métallique*  
très-vaste caverne, et noter l'aggravation jusque-là croissante d  
La peau est d'une pâleur mate, la sclérotique bleuâtre et large  
maigreur est extrême, et fait prédominer la forme squelettique  
qui devient cylindrique, puis conique à sommet supérieur ; le  
claviculaires sont immobiles pendant les mouvements respiratoi  
d'autant plus déprimées que quelquefois la base de la poitrine  
par les viscères abdominaux. C'est dans cette seconde période  
s'ils ne l'ont fait dès la première, les *accès fébriles*, parfois régu-  
surtout le soir, les *sueurs nocturnes*, les *troubles digestifs*,  
*diarrhée*, auxquels se joignent les symptômes d'une profonde  
croissant jusqu'à la mort.

2° *Inductions diagnostiques*. — Le diagnostic de la phthisi-  
bien différent dans les deux périodes dont je viens simplement  
principaux symptômes. La seconde a des caractères tellement  
seulement au point de vue des signes physiques, mais encore  
par la toux, par l'expectoration, par le facies, le dépérissemen-  
tique, la diarrhée, etc., que l'on ne saurait hésiter dans la  
ainsi que le faisaient les anciens, quoique privés du secours d  
Mais c'est principalement pendant la première période que le  
diagnostic peuvent se présenter.

*Première période*. — Comme Louis l'a si bien établi, une

signe du crachement de sang, comme je l'ai montré à propos des HÉMORRHAGES par la bouche (*Voy.* p. 483). Les varices de la bouche ou du pharynx, malées par Frank et rappelées dans les derniers temps par Lasèque (*Des Anémies*, p. 19, 1868), peuvent surtout induire en erreur.

Si cette évolution de phénomènes était constante, il est évident que le diagnostic de la phthisie offrirait peu de difficultés à cette première période, même sans le secours des signes physiques; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. La toux, qui dépend de tant de conditions différentes, peut quelquefois être le seul symptôme observé; les douleurs, la fièvre, l'amaigrissement peuvent manquer pendant un temps assez long ou se montrer isolément, enfin l'hémoptysie est quelquefois la première manifestation de la maladie. Ce dernier symptôme, observé chez un jeune sujet, est certainement celui qui, pris à part, a le plus de valeur; cependant, de même que les précédents, il ne saurait que faire soupçonner la maladie, et c'est aux signes physiques qu'il faut demander la confirmation de cette présomption.

Je ferai immédiatement remarquer que l'anatomie pathologique a démontré (Léon, Laennec, Louis, etc.) que des tubercules pouvaient occuper les poumons sans provoquer des symptômes ou des signes quelconques. Cette période latente, qui peut se prolonger, démontre immédiatement toute l'importance des premiers signes caractéristiques de la maladie; aussi de nombreux efforts ont-ils été faits pour en établir la valeur.

Suivant H. Bourdon, on doit fortement soupçonner le développement des tubercules chez les sujets qui ont des *nausées* et des *vomissements* assez fréquents surtout après la toux, avec un *développement anormal du foie* sans maladie du cœur ni hépatite, et lorsque ces signes sont indépendants de toute autre affection, ou paraissent dans le cours d'une chlorose, après une rougeole ou une fièvre typhoïde. Une fièvre quotidienne, avec sueurs nocturnes, amaigrissement et affaiblissement, rendrait le diagnostic presque certain, même en l'absence de signes physiques suffisants (*Actes de la Soc. méd. des hôp., 1860*).

Les signes fournis par la percussion et l'auscultation sont ceux sur la valeur desquels on a surtout insisté avec raison.

La percussion de la poitrine reste souvent naturelle dans une partie de cette première période; mais un peu plus tôt ou un peu plus tard, la sonorité sous les clavicules diminue (Louis). Depuis que mon attention est dirigée sur la matité des bruits, j'ai rencontré des faits avec simple acuité du son sans diminution de son intensité sous la clavicule où existaient précisément les premiers signes perçus à l'auscultation, et j'ai dû en conclure que la simple modification de la tonalité (*Voy. Percussion*, p. 783) pouvait précéder la matité, indiquait par conséquent une condensation pulmonaire moins considérable que cette dernière. J'ai lieu d'être surpris que ce signe, indiqué par A. Flint, et cité par Hérard et Cornil (*Ouv. cité*, p. 344). Il ne se passe guère de mois à l'hôpital sans que j'aie l'occasion d'en montrer des exemples aux élèves du service, pour lesquels la différence de tonalité du son sous-claviculaire, sans modification d'intensité, est des plus évidentes à la première période de la phthisie. Quant à la matité ou l'obscurité réelle du son sous-claviculaire, elle est considérée avec raison comme un des signes les plus précieux de la tuberculisation pulmonaire; mais pour avoir cette valeur, il faut qu'elle soit réelle, et que l'inégale sonorité des régions sous-claviculaires ne dépende pas d'une matité ancienne, d'un emphysème ou d'un TYMPANISME uni-latéral, qui fait être relativement obscur le son normal du côté opposé. La submatité ou la

ont une valeur bien plus grande au sommet du poumon gauche du droit.

On a encore noté dans cette période, comme signes d'auscultation des saccades caractérisant la *respiration saccadée*, à laquelle et Bourgade (*Arch. de méd.*, 1858, t. II) ont accordé une grande importance comme signe de phthisie à son début, mais que l'on est disposé à considérer comme pleurésie sèche ou à des adhérences lâches de la plèvre. Cependant, il a été trop loin, dans le travail intéressant qu'il a publié dans l'*Ann. de méd.* (Des Bruits pleuraux dans la phthisie pulmon., 1864, t. II), de décrire « les bruits de craquement, de froissement pulmonaire, la respiration saccadée, la respiration granuleuse, le claquement de soupape, les bruits non continus qui ne sont pas des râles » comme caractéristiques de la plèvre altérée par l'inflammation. S'il en est ainsi, ce qu'on ne saurait nier, il s'en faut qu'il en soit constamment ainsi : ces bruits sans exception peuvent aussi bien se produire dans le bas que dans le haut du poumon. Outre ces différents signes de lésion de la phthisie pulmonaire, il peut arriver qu'il existe au sommet du poumon de véritables râles humides. Des médecins inexpérimentés, en notant ces râles humides au sommet de l'un des poumons ou de l'autre, ont conclu fréquemment sur le *degré* de la lésion tuberculeuse, et ont eu pour cela affaire à la seconde période des tubercules : à leur raisonnement, je le répète, peuvent exister à la première période des tubercules.

Ces râles varient par leur intensité et leurs caractères, apparaissent par la toux, consistent tantôt en un simple râle sous-catégorique à bulles égales ou inégales, tantôt mélangé de craquements pleuraux, et de râles sibilants. Ces râles me paraissent devoir être la conséquence d'une *congestion pulmonaire* provoquée par la présence des tubercules ; cette interprétation me semble démontrée par ce fait que l'on voit quelquefois

des tubercules par leur plus grande ténuité, leur explosion confluyente par la toux, en même temps qu'il existe une expectoration visqueuse et sanguinolente. Cependant il pourrait se présenter des cas dans lesquels l'expectoration ne serait nullement caractéristique; mais l'invasion aiguë des accidents, surtout si aucun signe antérieur de phthisie ne s'était montré, lèvera ordinairement tous les doutes. — Une autre cause d'erreur que peut présenter la première période de la phthisie, en raison des râles qui l'accompagnent, se présente dans certains cas d'hémoptysie, lorsqu'il y a, par exemple, sous une clavicule, de la matité due des craquements humides dus à la présence du sang dans les dernières ramifications des voies aériennes. — Si l'on voit le sujet pour la première fois qu'il existe des symptômes assez anciens que l'on puisse rapporter aux tubercules, on pourra les croire arrivés au ramollissement; mais l'existence de l'hémoptysie et la cessation des râles après quelques jours de durée donneront aux râles leur vraie signification.

Enfin il peut arriver que, dans cette période comme dans la suivante, l'existence prolongée d'une diarrhée inexplicable par une autre cause, et l'amaigrissement, suffisent pour faire soupçonner la phthisie.

*Deuxième période.* — S'il est important de ne pas croire au ramollissement des tubercules dans tous les cas où existent des râles humides transitoires, il n'est pas moins de reconnaître ce ramollissement lorsqu'il existe. Or, les râles locaux, au lieu d'être simplement accidentels en pareil cas, diffèrent des accidents par leur aggravation croissante et leurs caractères de plus en plus marqués. On a voulu attribuer au râle sous-crépitant du ramollissement des caractères spéciaux; mais on n'a fait que lui donner des noms nouveaux qui n'expriment rien d'utile au praticien. Un des meilleurs signes à rechercher dans ces cas douteux est celui qui est fourni par la matière de l'expectoration lorsqu'elle contient des parcelles tuberculeuses ou des éléments histologiques du tubercule. Il ne faut pas oublier à ce propos que les stries blanchâtres que présentent les crachats (*Voy. p. 255*) sont loin d'être formées toujours par la matière des tubercules, et que le microscope ne peut rien apprendre ici de positif, si ce n'est quelquefois que la matière expectorée contient des masses de fibres pulmonaires provenant d'une caverne (*fig. 24, p. 256*). Les progrès continus des signes précités pendant que l'on constate la persistance des râles humides et l'augmentation de leur volume et de leur nombre, restent donc la meilleure preuve du ramollissement graduel des tubercules.

Les signes qui caractérisent la fonte des tubercules, ou plutôt la présence dans le poumon des excavations ou des cavernes qui en résultent, sont la respiration bruyante, un râle plus ou moins humide ou gargouillement, un retentissement sonore de la voix et de la toux (pectoriloquie), parfois même, si l'excavation pulmonaire est devenue considérable, une respiration amphorique et du tintement métallique. Ces signes probants peuvent se constater très-facilement; cependant on doit noter qu'ils ne sont sensibles parfois qu'après des efforts d'inhalation profonde ou de toux. Indices de la phthisie à sa dernière période s'il est joint les symptômes avancés précédemment rappelés, on ne saurait néanmoins les considérer comme pathognomoniques et infailibles. En effet, quoique quelquefois ils annoncent la phthisie au sommet du poumon, ces signes peuvent résulter d'excavations dues à d'autres causes, ou même se montrer quand il y ait excavation réelle, comme on va le voir.

Parmi les cavernes pulmonaires d'origine non tuberculeuse, celles qui succèdent à la gangrène partielle du poumon, qui occupe d'ailleurs rarement le sommet de l'organe, sont surtout reconnaissables à la fétidité caractéristique

Les faits les plus singuliers sont les symptômes de l'état  
amphorique constatés dans ces derniers temps sous la clavicle  
pleurésie simple, *sans existence de tubercules pulmonaires*,  
mon est maintenant condensé et aplati contre les parois thoraci-  
par l'épanchement (Barthez, Béhier), ou à la suite de la pl  
résorption du liquide (Landouzy). Cette particularité est très-ri-  
naître, car si on la méconnaissait, on tomberait dans une er-  
celle de croire à une phthisie avancée quand elle n'existerait  
PHORIQUE [Phénomènes).

Dans les deux périodes dont il vient d'être question, il faut  
l'évolution antérieure des phénomènes et des causes probables  
quoique ces éléments de diagnostic soient d'une bien moindre  
signes physiques. — La *marc* de la maladie est le plus souve-  
graduelle; sa durée est très-variable, d'un à deux ans en moy-  
donnée en général à la fièvre. Graves et Guéneau de Mussy ont  
que les troubles fonctionnels et la fièvre dépendent moins de  
parenchyme pulmonaire par les tubercules que de l'état des ti-  
des conditions générales de l'organisme. C'est ce qui fait que p-  
des rémissions plus ou moins longues, qui permettent quelque-  
de vivre plus de vingt ans; d'autres fois au contraire la marche  
est très-rapide, et la terminaison fatale peut avoir lieu en quel-  
Je reviendrai plus loin sur ces formes aiguës de la maladie. —  
ses, il en est peu qui puissent éclairer le diagnostic. L'hérédité  
chercher avec réserve pour ne pas effrayer le malade, la faible  
titution, l'étroitesse de la poitrine, qui est loin d'avoir l'influe-  
attribuée, les mauvaises conditions hygiéniques, les excès véné-  
bation, l'action du froid, sont les principales qui aient été signa-  
phthisie est primitive. Lorsqu'elle est secondaire, elle est obse-  
ment à la suite de la *rougeole*, de la *fièvre typhoïde*, de la  
surtout de la *glaucopie*.



Une affection plus rare qui simulerait la phthisie dans son évolution anato-  
pne, selon les syphiliographes, serait la formation de tumeurs gommeuses  
dans les poumons et leur suppuration produisant des cavernes qui, au sommet  
de la poitrine, feraient facilement croire à une phthisie tuberculeuse. La nature  
phthisique des lésions ne pourrait être évidemment que soupçonnée pendant  
longtemps.

J'ai dit ailleurs (p. 79) ce que l'on devait penser du prétendu antagonisme de  
la phthisie avec d'autres maladies, et de l'influence de la grossesse sur la  
marque de la tuberculisation pulmonaire (p. 471).

On voit, d'après ce qui précède, que le *siège* des tubercules aux sommets des  
poumons où ils sont le plus développés, et que les *degrés* différents de la phthisie  
qui dépendent de ceux de la *lésion* tuberculeuse elle-même, sont d'un grand  
intérêt pour le diagnostic. Pour Hérard et Cornil, la lésion est une; dans toutes  
les variétés de phthisie pulmonaire, il y a développement de granulations et  
de pneumonie, et la granulation, devenue opaque au centre, jaunâtre, caséeuse,  
présente le tubercule à ses degrés divers d'évolution, dont la régression  
pneumo-graisseuse est le dernier terme. Nous reviendrons ailleurs sur cette  
question (Voy. TUBERCULES).

La considération des *formes* de la maladie est surtout importante pour le dia-  
gnostic. Ces formes, très-diverses, sont basées sur l'évolution histologique de la  
maladie, sur des conditions particulières de l'organisme, sur la marche de la mala-  
die, et enfin sur l'âge des malades. Du moins c'est dans ces divisions que sont  
comprises les formes les plus utiles à connaître dans la pratique.

A. — Suivant Hérard et Cornil, les granulations tuberculeuses ou tubercules  
peuvent se former sans produire d'abord d'inflammation autour d'elles, ce qui  
constitue une forme apyrétique. Le plus souvent elles provoquent des inflamma-  
tions bronchiques, pleurales, pulmonaires, avec fièvre. Enfin dans certains cas  
l'inflammation est primitive, et a pour conséquence la formation de masses  
comme caséeuses plus ou moins volumineuses : c'est la forme de tuberculisation  
qui a été nommée *pneumonie caséeuse généralisée*, et qui ne se dégage pas  
facilement des autres formes de tuberculisation. Je ne saurais discuter ici cette  
question, ce qui m'entraînerait trop loin. Je rappellerai seulement qu'elle est  
principalement basée sur les recherches histologiques modernes, et qu'avant la  
remarquable publication de Hérard et Cornil, plusieurs observateurs de Strasbourg,  
professeur Hirtz (*Leçons cliniques*), Courtières (*Thèse d'agrégation*, 1864)  
Feltz (*Gaz. méd. de Strasb.*, 1865) avaient séparé nettement la phthisie tu-  
berculeuse vraie de la phthisie caséeuse ou épithéliale, si tant est qu'on doive  
appeler *phthisie*.

B. — On a admis depuis longtemps des formes de phthisie pulmonaire coïn-  
cissant avec des diathèses particulières, parmi lesquelles la scrofule et l'ar-  
thritisme méritent seules d'être rappelées. La *phthisie scrofuleuse*, comme celle  
observée chez les *arthritiques*, serait remarquable par une grande lenteur  
dans sa marche et dans l'évolution des symptômes, et par suite par la béli-  
gèreté relative de ces symptômes.

C. — La marche rapide de la maladie lui imprime souvent un caractère  
aigu, qui l'a fait désigner par la dénomination de *phthisie aiguë*. Observée par  
le docteur Louis, elle a été l'objet d'un excellent travail de Leudet (*Thèse*, 1851),  
considérée comme une des expressions de la maladie décrite sous le nom de  
*granulie* par Empis, qui n'admet pas la nature tuberculeuse des granulations  
développant alors dans le poumon, contrairement à l'opinion la plus  
communément admise (*De la Granulie ou Maladie granuleuse*, 1865). Il ne s'agit pas ici,

J'ai rapporté l'observation d'une jeune fille âgée de vingt et un l'hôpital Cochin, et dont la phthisie aiguë ne dura que *quatorz* clin., *Gaz. des hôpit.*, 1864, n<sup>os</sup> 66 et 67).

La forme *typhoïde* est caractérisée par un mouvement de *fi* l'injection de la face, de l'hébétude, un subdelirium et plus tard des *soubresauts de tendons*, une *respiration accélérée*, court ne peut pas s'expliquer par une autre maladie respiratoire ou fait défaut, par des *râles* sifflants, sonores et sous-crépitan, è souvent à tout le poumon. Il est important pour le diagnostic de antérieurement il existait, dans l'état général ou dans les fonction des troubles fonctionnels ou même des signes de tuberculisation ou s'il existe des tubercules extérieurs (testicules, ganglions lymphatiques). L'état *typhoïde* de la phthisie aiguë ressemble à celui de certaines formes de la pneumonie (pneumonie), et il diffère de la fièvre typhoïde par l'absence de symptômes abdominaux. Mais il n'en est pas moins souvent difficile de rattacher l'affection à la tuberculisation.

Dans la forme dite *catarrhale*, c'est une bronchite capillaire grave sans qu'il existe de signe thoracique particulier autre que les râles. Aussi, dans les cas de bronchite analogue, faut-il se poser la question si la phthisie aiguë, surtout si les râles sont plus nombreux aux sommets qu'à leur base, et si les symptômes généraux ne peuvent s'expliquer par des symptômes thoraciques.

Dans la troisième forme, appelée *latente* par Leudet, on ne peut pas dire la gravité de la maladie, qui est caractérisée seulement d'abord d'un simple embarras gastrique, sans fièvre intense, et l'on voit mourir dans un accès de *suffocation* (Waller). Cette forme est la plus grave. On ne doit-on pas croire à la phthisie dans tous les cas d'embarras gastrique où l'on rencontre des râles sibilants ou sonores disséminés, ce qui est le cas. L'existence de ces râles dans l'embarras ou la fièvre est

Âge plus avancé; par conséquent que c'est surtout dans le jeune âge qu'on observe la phthisie aiguë généralisée avec symptômes de bronchite caecale ou de broncho-pneumonie.

La tuberculisation pulmonaire est quelquefois unie chez les enfants à celle des ganglions bronchiques, que l'on a désignée sous le nom de *phthisie bronchique* et qui mérite une mention spéciale, attendu qu'elle s'accompagne de complications particulières et qu'elle s'observe assez souvent seule (Voy. BRONCHITIS, TUBERCULISATION, et TUMEURS intra-thoraciques).

Il faut toujours s'attendre à voir survenir des complications dans le cours de la phthisie, car elles sont très-variées. Souvent elles constituent des maladies secondaires qui viennent se greffer sur la maladie principale. Les unes sont dues à la présence des tubercules dans les poumons, comme la *névralgie* des nerfs du sommet, certaines *congestions* pulmonaires, la *pneumonie* du lobe supérieur, considérée de nouveau comme cause de tuberculisation, et qui est aussi due à la présence des tubercules, enfin la *pleurésie* qui, lorsqu'elle est

établie, établit une forte présomption de l'existence d'une phthisie pulmonaire. — D'autres complications résultent de la fonte des tubercules et de la tuberculisation consécutive; ce sont des cavernes dont les progrès produisent des complications pulmonaires diverses : dans la cavité pleurale (*pneumo-thorax*); dans le tissu cellulaire sous-cutané à travers la plèvre adhérente et les muscles intercostaux, d'où résulte un *emphysème sous-cutané*, comme dans un cas rapporté par Cruveilhier (*Gaz. hebdom.*, 1856); à travers la peau (*ecthyma pulmonaires*); dans l'œsophage; et même dans le canal rachidien (*paraplégie*). Mais dans les faits de cette dernière espèce, il était difficile de reconnaître si les tubercules ramollis occupaient primitivement le poumon ou les corps vertébraux.

La *ulcération intestinale* peut également être la conséquence du ramollissement des tubercules intestinaux ou de simples ulcérations du cæcum (Leudet), survenant en vertu de la tendance à l'ulcération que présentent les muqueuses dans le cours de la phthisie. A cette tendance ulcéreuse (Louis) se joignent les ulcérations du larynx qui caractérisent la phthisie dite *laryngée* (ULCÉRATIONS). — La *péritonite* chronique, la plupart des *méningites*, le *péricardite* ou la *gastrite*, sont encore des complications de la phthisie; la constatation de la péritonite chronique et de la méningite doit faire naître l'idée de la tuberculisation, tant cette origine leur est habituelle.

La *grosseur du foie* complique aussi quelquefois la phthisie pulmonaire, de sorte que des phénomènes morbides variés résultent de la présence des tubercules dans d'autres organes que les poumons (Voy. TUBERCULISATION). Enfin, dans une période avancée de la phthisie, on peut voir survenir des douleurs vives et persistantes dans les membres inférieurs (*arthralgie des phthisiques*, de

*prognostic*. — La terminaison presque toujours fatale de la phthisie est due à des causes diverses : à la consommation graduelle produite par les désordres pulmonaires, à l'une des graves complications que j'ai rappelées plus haut, à une hémoptysie foudroyante. Dans ce dernier cas, l'hémorrhagie peut être due à la rupture de petits anévrysmes de l'artère pulmonaire, signalés par M. Cotton (*Med. Times and Gaz.*, 1866), et dont j'ai parlé ailleurs (p. 67 et 487). Quoiqu'on ait signalé dans les derniers temps un certain nombre de faits de cette espèce, on doit les considérer comme relativement rares. En est de même des cas de phthisie pulmonaire dans lesquels il survient un *mort subite* dont la cause est inconnue. Hérard et Cornil ont recueilli

quatre observations curieuses dans lesquelles la mort a été précédée de symptômes cérébraux (délire, hallucinations, perte plus ou moins complète de la connaissance sans paralysie ni convulsions), symptômes dépendant de lésions des néo-membranes vasculaires qui furent trouvées sur la dure-mère.

La guérison de la phthisie tuberculeuse peut avoir lieu : c'est incontestable mais elle est évidemment rare. Il n'existe pas d'ailleurs de signes qui puissent la faire prévoir. Il ne faut pas oublier que certains phthisiques peuvent présenter des améliorations très-prolongées, qui rendent leur existence supportable pendant de longues années, à part des accidents aigus intermittents du côté de la poitrine, qui semblent démontrer que la phthisie n'enrayée. Il arrive, en effet, quelquefois, que la maladie, arrêtée momentanément dans son évolution, reprend ensuite une marche plus rapide, pour terminer par la mort.

**PHYSIONOMIE.** — Voy. FACE.

**PHYSOMÉTRIE.** — Voy. TYMPANITE.

**PIAN.** — Voy. FRAMBÆSIA.

**PIAULEMENT** (Bruit de). — Voy. VASCULAIRES (Bruits).

**PIED.** — Les signes diagnostiques fournis par le pied peuvent être d'affections chirurgicales dont je n'ai pas à m'occuper ici. Mais le médecin même y constate fréquemment d'importantes particularités qui sont en dépendance de maladies internes plus ou moins graves. Outre les signes tant de la GOUTTE et du RHUMATISME, soit aigus, soit chroniques, que l'on rencontre si souvent, l'atrophie des muscles de la jambe, leur paralysie, les luxations, occasionnent des déformations du pied qu'il est utile de bien connaître.

Un fait physiologique capital mis en lumière par Duchenne (*Electricité localisée*) ne doit pas être perdu de vue lorsqu'on étudie les déformations du pied dues à des phénomènes de contraction musculaire. Ce fait, le voici : les muscles destinés à mouvoir le pied sur la jambe, considérés isolément, n'existent pas qui exécutent directement l'extension ou la flexion du pied, mais ils ont pour fonction de porter en même temps dans l'adduction ou l'abduction, et de renverser en dedans ou en dehors. L'extension ou la flexion directes du pied ne peuvent être obtenues que par des actions musculaires combinées. Ainsi :

1° Le triceps sural (jumeaux et soléaire) et le long péronier latéral produisent l'*extension* ;

2° Le jambier antérieur et le long extenseur des orteils, la *flexion* du



Fig. 191.



Fig. 192.

Fig. 192. — Atrophie du triceps sural des deux côtés chez le même sujet. Il en résulte que les deux pieds sont abaissés graduellement tandis que chaque avant-pied s'est incliné sur l'axe du pied creux.

n, le jambier postérieur et le court péronier latéral, ses mouvements *lité*, indépendamment de la flexion et de l'extension.

joint à l'action de ces muscles principaux ceux qui meuvent spécialement les orteils, on conçoit combien sont complexes les actions musculaires pour le pied dans l'état physiologique, et par suite les déformations résultent de la paralysie ou de la contracture des muscles considérés isolément. J'ai dit ailleurs (p. 736) que la paralysie de tous les muscles du pied entraînait aucune déformation.

Les déformations principales du pied qui sont la conséquence des atrophies musculaires, sont celles qui résultent des paralysies du *triceps*



Fig. 193.



Fig. 194.

Paralysie du long péronier latéral, d'où résulte un *pied plat valgus* douloureux, dont l'origine est signalée par Duchenne.

Paralysie des interosseux, du fléchisseur et de l'abducteur du gros orteil. L'excès d'action des premières phalanges qui en résulte produit la *griffe pied creux*.

meaux et soléaire), fig. 194 et 192; du *long péronier latéral*, déformée par Duchenne a fait connaître le premier, fig. 193; du *jambier anté-*



Fig. 195.



Fig. 196.



Fig. 197.

196, 197 et 198. — Le même pied vu en dedans, en dessous, en avant et en dehors. Contracture du long péronier latéral, dont on voit la saillie au-dessus de la malléole externe, fig. 198, et produit le *pied creux valgus*.



rieur qui produit la chute de l'avant-pied, et enfin des *muscles metatarsiens*, d'où résulte le pied en griffe, *fig. 194*.

Parmi ces contractures, une des plus remarquables est celle du long péronier latéral, qui produit les déformations des figures 195, 196, 197 et 198.



*Fig. 198.*



*Fig. 199. — Pied équino-varus par contracture du triceps péronier.*

La contracture du triceps péronier résulte le pied équino-varus, *fig. 199*, qui diffère de l'avant-pied due à la paralysie du jambier antérieur, en ce que, dans ce dernier cas, le pied reste mobile et pendant, tandis qu'il est comme ankylosé par ses articulations avec l'équin par contracture.

**PIE-MÈRE.** — Voy. MÉNINGES.

**PIGMENT.** — Pour compléter ce que j'ai déjà dit du pigment MÉLANÉMIQUE, je dois rappeler que le pigment est la matière brune ou paraissant noire en masse, et réellement rousse, qui donne à la peau diverses nuances, du jaune-cuivre au brun foncé (Ch. Robin), soit chez le même individu (pourtour du mamelon, scrotum, taches de rousseur, etc.), soit sur des individus différents (nègres, peaux rouges, etc.). Déposé dans la derme, il constitue le principal signe de la *maladie bronzée*, tandis qu'il produit l'*albinisme accidentel*.

C'est à l'accumulation du pigment que sont dues les tumeurs dites *mélaniques*.

L'existence de ces tumeurs dans les divers organes du corps coïncide avec des urines prenant une couleur noire par le repos ou par l'addition d'acide azotique (bichromate de potasse ou d'acide sulfurique). Ap. Bolze a fait la même remarque, en considérant l'état des urines comme un moyen de diagnostic de la *maladie mélanotique* (*Prager Vierteljahrschrift*, t. I). Mais je dois faire remarquer que Marcelet, Dulk et moi avons constaté le pigment noir des urines chez des individus exempts de cancer mélanotique, et qui avaient simplement du goudron ou de la créosote (Bird).



*Fig. 200. — Mélanémie. Sang provenant du cœur droit. Globules blancs de diverses formes, remplis de granulations noirâtres, en partie anguleuses, de pigment. Grossissement : 300 diamètres (Virchow).*

Ces conditions différentes s'expliquent par ce fait que l'on regarde g

et les pigments comme dus à la transformation de la matière colorante du

Virchow (*Pathologie cellu-*  
e) a montré que le dernier degré  
atatement des globules rouges  
ang formait des *corpuscules mé-*  
gues (Voy. SANG). Il rappelle  
entre qu'on a extrait de l'hé-  
me trois formes particulières de  
aux colorés ou pigments, dont  
me principale, appelée par lui  
ctoidine, est composée de pris-  
rhomboédriques obliques, ou  
bles analogues à celles de l'a-  
urique, et d'un beau jaune  
âtre ou rouge de rubis. Ces  
aux sont communs dans les  
chements sanguins. Il a trouvé  
granules de pigment dans des  
les blancs du sang, chez un  
de sujet à la fièvre intermit-  
fig. 200; ce qui a été le  
de départ de la théorie de l'al-  
ion du sang par le pigment  
cette maladie (Voy. p. 617).  
filtration des granules pigmen-  
s infiltre le plus souvent les cel-  
s des tissus, ce qui leur donne  
aspect spécial, fig. 201. Pour dis-  
guer le pigment des aggloméra-  
s charbonneuses qui le simul-  
ent dans les organes ou dans les  
uits des excréments, il suffit,  
dehors de l'examen microscop-  
ne, d'employer comme réactif  
ide sulfurique, qui dissout la  
ière pigmentaire, et qui est sans  
on sur le charbon.

**PITUITE.** — Voy. GASTROR-  
IE.

**PITYRIASIS.** — Voy. SQUAMES.

**PLACENTAIRE** (Souffle). — Voy. VASCULAIRES (Bruits).

**PLAIE.** — Voy. ULCÉRATIONS.

**PLAQUES MUQUEUSES.** — Voy. SYPHILIS.

**PLESSIMÈTRE.** — Voy. PERCUSSION.

**PLÉTHORE.** — Depuis les intéressantes recherches de Andral et Ga-  
ret sur le sang, on est disposé à admettre avec ces observateurs que la plé-  
re est essentiellement caractérisée, non par une augmentation de la masse  
sang, mais par l'augmentation du nombre de ses globules et la diminution  
ses parties aqueuses. On a même prétendu que l'augmentation de quantité  
sang, admise par les anciens, ne pouvait être démontrée; mais en ceci on  
allé trop loin. La pléthore, rarement observée à Paris, surtout dans les hôpi-



Fig. 201. — Matière pigmentaire ou pigment. — c, n, granulations pigmentaires des cellules de la couche de Malpighi. d, granulations pigmentaires et libres. l, m, amas de pigment dans les cellules. b, cellules pigmentaires polyédriques de la choroïde. q, cellules pigmentaires irrégulières. p, cellules pigmentaires avec des gouttes de graisse dans leur épaisseur.

bouffées de chaleur à la face; battements du cœur prononcés, de souffle, sauf dans les cas de complication du côté de cet organe; pouls large, fort, résistant; sentiment de plénitude de la poitrine, dégoût des aliments, constipation.

La pléthore est une cause de congestions ou d'hémorrhagies; souvent une physionomie particulière: telles sont les congestions qui s'accompagnent de céphalalgie opiniâtre ou d'épistaxis; symptôme; telle est la congestion pulmonaire qui produit une toux ou moins prononcée. Andral a démontré que c'était par erreur qu'on décrivait la pléthore comme une cause prédisposante d'inflammation.

Comme dans la plupart des maladies, il est rare que tous les symptômes de pléthore existent chez un même individu; aussi le diagnostic n'est-il pas toujours bien évident. Une alimentation trop abondante et une vie trop sédentaire et le retour du printemps sont des causes de pléthore. Une observation sera utile au diagnostic.

On évitera de confondre la pléthore proprement dite avec les congestions qui résultent des *affections du cœur* et surtout des obstacles au cours du sang veineux dans la *veine cave supérieure*. De même on n'oubliera pas que fait sous l'influence d'un état tout opposé du sang, l'*anémie*, qui produit des symptômes analogues à ceux de la pléthore, d'autant plus en imposant que, dans certains cas d'anémie, la face, pâle, est plus fortement colorée que d'habitude (*Voy. ANÉMIE*, surtout lorsqu'il y a surabondance de l'élément aqueux du sang). La pléthore séreuse, ainsi que l'a signalé Beau, que l'on observe toute la vie, est une autre preuve de l'augmentation de la masse du sang à laquelle se rattachent la plupart des symptômes attribués à la pléthore.

**PLEURÉSIE.** — L'inflammation de la plèvre n'est bien connue que par Laennec. Elle a été après lui l'objet de travaux nombreux, j'en rappellerai ceux de Andral, Louis, Chomel, Barth, Stokes, Hey

immédiatement après des *phénomènes fébriles* d'invasion, qui font d'ailleurs souvent défaut, une *douleur* variable d'intensité, siégeant ordinairement : le mamelon du côté affecté ou au niveau de la base de la poitrine, plus souvent dans tout le côté, augmentant par l'inspiration, par la toux, les grands mouvements, la pression ou la percussion ; une *dyspnée* plus ou moins prononcée, une respiration quelquefois entrecoupée ; une *toux* rarement incommode, le plus souvent rare, parfois même nulle ; une *expectoration* simplement blanchâtre ou salivaire, lorsqu'elle existe, mais faisant le plus ordinairement défaut ; à la *percussion*, une *matité* plus ou moins étendue de bas en haut du côté affecté, une résistance sous le doigt, et contrastant quelquefois avec le son tympanique dans la région sous-claviculaire ; à l'*auscultation*, du *bruit de frottement* s'il n'y a pas d'épanchement ou si l'épanchement est résorbé ; un *murmure respiratoire* affaibli ou nul, et plus fréquemment une *respiration soufflante* ou *chuchotée* d'un caractère aigu et aigre, de l'*égophonie* et plus rarement une *triloquie* éloignée ; à la *palpation*, la diminution ou l'abolition complète des vibrations thoraciques, et parfois le refoulement du *foie* ou de la *rate* vers le haut ; à la *mensuration* cytométrique, l'augmentation du diamètre vertébro-mammaire du côté affecté dans la plupart des cas ; dans des faits exceptionnels, une *ampliation* visible à l'*inspection* de la poitrine au niveau de l'épanchement ; et enfin, lorsque la pleurésie est le plus aiguë, des *phénomènes vitaux* ordinairement en rapport avec l'intensité de la douleur et la rapidité d'évolution de la maladie, mais qui sont loin d'être constants.

*Inductions diagnostiques.* — Cet ensemble de données, aussi simples et groupées, ne saurait servir de base sérieuse au diagnostic, si leurs caractères particuliers n'étaient d'abord signalés et discutés. — Pour en reconnaître la valeur, il est urgent de les considérer à part : avant l'épanchement, quand l'épanchement existe, quand il est résorbé. C'est pour n'avoir pu tenir compte de ces conditions fondamentales que les anciens n'ont pas distingué avec une suffisante précision la pleurésie de la plupart des autres maladies aiguës ayant leur siège à la poitrine.

A. — *Avant l'épanchement*, le diagnostic précis de la pleurésie simple est impossible, à moins qu'il n'existe un bruit de frottement bien caractérisé ; car lorsque ce signe manque, ce qui est d'ailleurs le cas le plus ordinaire, les symptômes généraux des maladies aiguës n'indiquent ici rien de positif, de même que la dyspnée et même que la douleur ou *point de côté*, qui peuvent être rapportés à une pleurodynie, à une névralgie intercostale, à une congestion hémonaire, ou bien à une pneumonie commençante. Chez les enfants, la douleur est même souvent inappréciable, et l'on peut, d'un autre côté, croire d'autant plus facilement à une pneumonie, que des observateurs spéciaux (Barthez, Billiet) ont noté chez eux la *respiration bronchique* comme symptôme du début de la pleurésie.

B. — *L'épanchement* qui résulte de l'inflammation de la plèvre s'annonce par des signes physiques qui sont les plus positifs et les plus importants de la maladie.

La *matité* la moins étendue doit être recherchée en dehors et en arrière du côté affecté, où elle forme une demi-ellipse à convexité supérieure, qui ne s'étend pas d'abord jusqu'à la colonne vertébrale, et qui a été signalée avec justesse par Damoiseau (*Arch. de méd.*, 1843, t. III). Si l'épanchement est plus abondant, la ligne de niveau devient horizontale en arrière en s'incurvant latéralement et ne s'occupe en avant qu'une hauteur moindre dans la direction des côtes ; si la *matité*, qui peut envahir tout le côté, est presque complète, c'est sous la



pathognomonique dans la pleurésie, si la maladie est aiguë et douleur, à plus forte raison s'il y a fièvre à son début.

L'auscultation ne le cède pas en importance à la percussion quand elle est franche, est, quoi qu'on en ait dit, un aussi bon signe mobile, mais peu constant comme elle. Il paraît se rattacher à médiocrement abondant. — Parmi les autres données de l'auscultation signaler d'abord le timbre parfois aigu, efféminé, de la voix a observé quelquefois dans des épanchements abondants; il se longe d'air et le champ de la résonnance vocale soient notable. — Un signe d'auscultation d'une très-grande valeur est la respiration soit au niveau de la matité, soit au-dessus. Le souffle qui la caractérise ordinairement doux comparativement au souffle dur et métallique, de même que le souffle anémique du cœur comparé au souffle entendu au niveau des orifices rétrécis et indurés de cet organe, souffle comme signe de la quantité plus ou moins considérablement n'est pas encore bien connue, puisqu'on l'a attribué à des épanchements faibles (Hirtz) qu'à des épanchements considérables (drouzy). — J'ai remarqué que, pendant la période de respiration, le souffle entendu seulement dans l'expiration se montrait au commencement de l'épanchement, tandis qu'il envahissait l'inspiration et le temps intermédiaire. La seule expiration soufflante me semblerait porter à un épanchement moins considérable. — Quant au souffle (Voy. ce mot), qui est assez rare, il indique une forte compression pulmonaire lorsqu'il est dû à un épanchement, dès lors très-diminution des vibrations thoraciques à la palpation est un très-grand fait il faut se défier des cas dans lesquels une diminution apparente qu'un effet relatif de l'augmentation du côté opposé. La palpation parfois le *refoulement du foie* dans la pleurésie droite, et celle du côté gauche; mais ce signe n'a pas de valeur diagnosti-



et en dehors vers la base, lorsqu'on examine le malade en face. Le tracé métrique sur le papier montre quelquefois cette ampliation avant qu'elle soit sensible à la simple inspection; dans ce cas, on constate que l'ampliation du côté affecté relativement à l'opposé est très-sensible au niveau du diamètre vertébral.

Les signes peu ordinaires de l'épanchement sont la *fluctuation*, obtenue au-dessus d'un espace intercostal lorsque le liquide est très-abondant (je ne l'ai notée qu'une seule fois), et l'*anesthésie* du côté affecté, signalée par Aran (*des hôpit.*, avril 1853).

Il faut voir que, si certains signes physiques ont une valeur réelle, il en est un grand nombre qui peuvent soulever des difficultés, si on les considère isolément. Dans un plus ou moins grand nombre, ils indiqueront la présence d'un liquide dans la plèvre; mais ce n'est que par le rapprochement que l'on fera des autres symptômes que l'on arrivera à attribuer l'épanchement à la pleurésie. Après avoir constaté comme antécédents les signes du début, on aura à rapprocher de ceux de l'épanchement : le point de côté, qui se manifeste surtout à l'invasion; la fièvre parfois considérable, d'autres fois légère, mais qu'on doit considérer comme constante, qu'elle soit spontanée ou provoquée seulement par la marche des mouvements; la toux, habituellement sèche et rare, nulle même dans certains cas; un mouvement fébrile et des symptômes généraux ordinairement peu prononcés, à moins que la marche de la maladie ne soit très-aiguë. Le décubitus sur le côté affecté n'est pas un signe fréquemment observé; comme dans toute autre affection thoracique douloureuse, il est simplement motivé par le repos qu'il procure au malade.

Il est évident, d'après ce qui précède, que c'est la percussion et l'auscultation qui fournissent les signes les plus probants de l'épanchement pleurétique. Mais il faut savoir que, s'il en est ainsi dans la presque totalité des cas, on peut en rencontrer d'exceptionnels dans lesquels de vastes épanchements ne donnent rien à la matité ni à la faiblesse prononcée du bruit respiratoire, qui en sont la conséquence. J'ai communiqué deux faits de ce genre à la Société médicale des hôpitaux : le son resta clair au niveau de l'épanchement, au même temps que la respiration était partout bien entendue. Cette anomalie peut provenir de la tenue à des adhérences aux parois thoraciques antérieures du poumon comprimé par l'épanchement : le bruit respiratoire, renforcé dans le poumon comprimé, se transmettait à travers le liquide épanché, et le son de percussion était de même au niveau du poumon condensé, se propageant par les vaisseaux en dehors de l'épanchement. Quelle que soit la valeur de l'explication, il est essentiel de savoir que de pareils faits peuvent se rencontrer dans la pratique (*Bulletins et Mém. de la Soc. des hôpit.*, 1866, et *Union méd.*, 1866, t. X).

— Lorsque l'épanchement est résorbé, il peut arriver qu'il paraisse exister encore. C'est lorsque l'épaisseur des fausses membranes organisées donne lieu à une matité avec absence du bruit respiratoire, ou bien avec persistance du souffle sibilant ou même amphorique dû à la condensation du tissu pulmonaire (Lancet); à plus forte raison pourra-t-on croire à l'épanchement s'il y a persistance d'un tympanisme sous-claviculaire (Woillez, Landouzy). C'est bien à tort que l'on a conclu d'expériences peu probantes qu'une fausse membrane épaisse surcraissait pas la résonnance obtenue par la percussion. Cette croyance serait malheureuse si elle se généralisait, car elle multiplierait l'erreur diagnostique déjà commise par des praticiens distingués, qui ont ponctionné la poitrine (que j'en ai vu un exemple suivi de mort), croyant à un épanchement abon-

dant alors qu'il était résorbé. Dans ces cas difficile frottement très-étendu, l'inspection, et la mensures seules ressources diagnostiques.

Les faits dans lesquels il y a un bruit de frottement généralisé sont faciles à reconnaître. C'est dans ces cas que l'on sent le frottement à la palpation. J'ai rencontré plusieurs fois être atteint successivement de deux pleurésies, d'abord une matité étendue des deux côtés et une dyspnée suffocation due au défaut d'expansion respiratoire, puis si un bruit de frottement saccadé, parfaitement caractéristique a démontré l'absence de tout épanchement pleurétique.

Lorsque l'inspection de la poitrine révèle un rétrécissement, on ne peut hésiter non plus à admettre que si les antécédents se rapportent à l'existence d'un épanchement, alors moins volumineux que l'opposé, l'épaule est plus saillante, le côté malade paraît plus émacié que l'autre. J'ai signalé ailleurs (*Rech. sur l'inspect. et la palpation*) à ce que les côtes, abaissées par suite du rétrécissement des espaces intercostaux que par leur bord supérieur est plus saillante. J'ai rappelé en même temps qu'au lieu de constater un rétrécissement partiel, mais que les côtes antérieures normales du côté droit, et postérieures paraissent assez fréquemment déprimées par suite de l'opposé. En définitive, si le rétrécissement est réel, on a des présomptions pour la résorption du liquide, sinon pour le contraire.

Mais la mensuration cyrtométrique fournit des données complètement probantes dans les cas difficiles où l'inspection seule ne suffit. Tantôt, en effet, elle révèle une *régression* de la poitrine, s'effectue encore après la résorption du liquide; tantôt, au contraire, le rétrécissement de la poitrine déjà effectué du côté malade, échappe encore à la simple inspection.

Enfin il me reste à rappeler, comme signe caractéristique d'épanchement, une particularité importante à connaître, c'est le *bruit respiratoire* dans le côté qui a été affecté par l'épanchement, au côté opposé, qui persiste pendant nombre d'années dans cette condition.

L'étude des *antécédents*, comprenant la marche de la maladie, son origine, sera fort utile au diagnostic dans les cas douteux après sa résorption.

Quant à l'évolution de la pleurésie aiguë, on voit que la pénétration a lieu avec ou sans fièvre, que la douleur est le seul symptôme fonctionnel observé d'abord, et que pendant toute la maladie avec le bruit de frottement (pleurésie sèche), les plus ordinaires, l'épanchement apparaît dès le début, et alors tantôt il reste très-peu abondant, et tantôt il est plus ou moins de lenteur, et tantôt il s'accroît sensiblement puis décroître jusqu'à sa résorption complète. Il arrive même qu'il se reproduit et dépasse les limites ordinaires d'abondance pendant longtemps.

Ces différentes phases de l'épanchement, qui

ou moins stationnaire, et décroissant, peuvent être révélées par la percussion et l'auscultation, et plus rarement par l'inspection de la poitrine, lorsque l'épanchement est considérable. Mais je signalerai aux praticiens un fait vulgaire en leur rappelant que souvent rien, dans le niveau de la matité ou dans les phénomènes respiratoires, n'indique de changements intérieurs pendant un temps assez long; de là de l'incertitude ou même de l'inquiétude de la part du médecin relativement à la marche de l'épanchement. Pendant cet état stationnaire apparent, le liquide épanché peut, en effet, augmenter ou décroître d'une manière latente. Or, le cyrtomètre, le cyrtomètre seul, je puis le dire, avoir recueilli un grand nombre de faits, permet de saisir l'augmentation, la stationnaire, et le début de la décroissance de l'épanchement, sa marche se traduit en un mot. Il montre d'abord l'ampliation latente de la poitrine se faisant graduellement (parfois avec des oscillations accidentelles) sous l'influence du progrès de l'épanchement, ampliation manifeste soit par l'augmentation du périmètre général de la poitrine, soit par l'allongement de ses diamètres vertébro-antérieurs (vertébro-sternal ou vertébro-mammaire du côté affecté). La cyrtométrie révèle également le début de la résolution de l'épanchement, en donnant des résultats opposés à ceux de l'ampliation : diminution du périmètre général, raccourcissement des diamètres vertébro-antérieurs du thorax. Les variations du périmètre général ont été de 1 1/2 à 6 et même 7 centimètres en quelques jours, et celles des diamètres vertébro-antérieurs de 17 à 44 millimètres. C'est surtout dans les cas d'épanchements abondants avec fixité des autres signes physiques (condition plus fréquente qu'on ne pense), que l'on peut s'aider de la mensuration cyrtométrique, avec l'emploi de laquelle *il n'y a pas d'épanchements pleurétiques à marche latente.*

Le cyrtomètre m'a en outre révélé une circonstance bien remarquable de la marche de l'épanchement, c'est que souvent des sueurs coïncident avec le début de la rétrocession indiquée par l'emploi de l'instrument. L'apparition des sueurs constitue par conséquent un très-bon signe, trop négligé de nos jours, et qui annonce l'amélioration commençante.

Il n'y a à peine besoin de faire remarquer que la cyrtométrie donne aussi à l'opinion de la thoracentèse (hors le cas de nécessité urgente) une précision inconnue.

Les causes de la pleurésie aiguë sont également utiles à constater pour le pronostic. On hésitera à croire à son existence dans la première année de la vie et dans la vieillesse, car elle est pour ainsi dire inconnue dans ces conditions. On n'oubliera pas non plus qu'elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme (: 31 : 5); et que les causes accidentelles les mieux démontrées pour la pleurésie primitive sont des *refroidissements* subits ou prolongés, rarement des coups sur la poitrine; et enfin que la pleurésie est souvent adhésive. Elle se développe alors sous l'influence des *tubercules*, de la *gange*, de l'*apoplexie* pulmonaire, de la *pneumonie*, par suite des perforations du poumon (*Voy. PNEUMO-THORAX*), dans le cours du *rhumatisme*, de la *fièvre puerpérale*, etc. Les abcès du sein ou de l'aisselle (*Arch. de méd.*, t. XXII) et même ceux des organes abdominaux, peuvent se faire jour à la plèvre, et occasionner des pleurésies mortelles. Et ce ne sont pas seulement les abcès voisins du diaphragme qui pénètrent dans la séreuse, mais des abcès éloignés et jusqu'à des abcès urinaires qui peuvent fuser le long du psoas jusqu'à la poitrine (Raoul Leroy d'Étioles, *Soc. anat.*, 1857).

La pleurésie sans épanchement se distingue de la *pleurodynie* par le bruit de frottement; la confusion est inévitable dans le cas où la douleur est le seul

la pleurésie, et leur augmentation au contraire au niveau de la base, seront d'un grand secours; de plus, le souffle ira en augmentant en descendant, ainsi que la bronchophonie dans la pneumonie; le souffle pleurétique diminuera au contraire en descendant, et le retentissement de la voix s'éloignera de plus en plus. Cette diminution du bruit vocal en bas s'explique par l'épaisseur plus grande inférieurement; enfin les symptômes généraux seront, dans le rapport avec l'étendue des signes locaux perçus, ce qui n'arrive souvent dans la pleurésie.

On sait qu'il n'est pas rare d'observer réunies la pneumonie (*pleuro-pneumonie*), et qu'alors l'épanchement, ordinairement est surtout remarquable par une matité complète vers la base; le silence absolu des bruits respiratoires dans le même point, une égophonie franche limitée au niveau supérieur de la matité complèterai ce diagnostic différentiel à propos de la pleurésie chronique.

Il existe des formes de pleurésie aiguë différentes par leur allure particulière; il est indispensable de ne pas les perdre de vue s'agit de cette maladie. J'ai parlé précédemment de la pleurésie rencontrée principalement dans le cours de la phthisie. La pleurésie présente des deux côtés les mêmes signes que la pleurésie simple d'origine tuberculeuse. Ces deux formes sont d'ailleurs rares; on les trouve moins encore que les pleurésies *interlobaire*, *médiastinale*, *pulmonaire*, dans lesquelles le liquide épanché est limité par la paroi thoracique, et, s'il est purulent, rejeté quelquefois au dehors par les bronches perforées le poumon: on peut croire alors à une vomique pulmonaire; la pleurésie costo-pulmonaire ne peut faire croire à la présence d'une tumeur thoracique, dont le développement est beaucoup plus lent; quelquefois par une saillie partielle de la poitrine. Mais les pleurésies partielles n'ont l'importance ou la gravité de la pleurésie totale, qui mérite une mention spéciale.

Cette forme de pleurésie est celle qui s'éloigne le plus du type

blanche, à la hauteur de la dixième côte environ, foyer dont la moindre pression provoque un cri du malade et parfois une sorte de suffocation ; le refoulement de bas en haut de la région de l'hypochondre provoque aussi une douleur de même que la pression de la partie postérieure du dernier espace intercostal et surtout celle de l'intervalle des attaches du sterno-cléido-mastoïdien, et le trajet du nerf phrénique du même côté. La douleur peut quelquefois être lancée dans ce point et avoir un caractère lancinant de l'hypochondre à la base du cou ; enfin des douleurs spontanées peuvent aussi exister dans la région claviculaire et s'irradier à l'épaule, mais elles sont secondaires (Guéneau de Mussy). En même temps, la *respiration* est exclusivement costale, précipitée, saccadée, comme convulsive ; la *toux* fréquente, contenue, sèche ; le *pouls* le plus souvent accéléré, concentré ; une fois Guéneau de Mussy a constaté le *rire convulsif* ; presque toujours il y a des *hoquets*, des *nausées* et des *vomissements* surtout au début, et, dans certains cas, une douleur au cardia lors du passage d'un bol alimentaire ; l'épanchement peut refouler le *foie* vers l'abdomen, il y a parfois de l'*ictère* ; les nuits sont agitées, il y a des exacerbations, surtout le soir, dans les cas funestes, qui sont fréquents, du *délire* et du *coma* précédant la mort.

Le diagnostic de la pleurésie diaphragmatique ne saurait être fondé que sur l'ensemble des signes qui précèdent. Les douleurs vives qui s'étendent du cou à l'hypochondre, jointes à la dyspnée et à la gravité de l'état général, peuvent faire penser l'existence de ce genre de pleurésie, dans laquelle les douleurs projetées que j'ai rappelées tout à l'heure ont une importance toute particulière.

elles empêcheront, surtout lorsque l'ictère fera défaut, de croire à une *hépatite* aiguë. J'ai vu à Necker un cas remarquable de pleurésie diaphragmatique dont les symptômes ont été conformes à la description générale de Guéneau de Mussy, dans lequel je trouvai à l'autopsie la plèvre droite enflammée partout et ses feuillets réunis par des adhérences molles, sauf au niveau de deux foyers purulovolumineux, l'un limité vers la concavité médiastine du poumon, et l'autre vers sa base et le diaphragme.

Comment, au lit du malade, déterminer la *forme purulente* ou *non purulente* de la pleurésie ? Oui, suivant certains observateurs. Il me paraît certain que les pleurésies qui succèdent à la pneumonie ou à l'action d'une violence traumatique appliquée au thorax, doivent être considérées comme purulentes. Mais, en dehors de ces conditions, il est vraiment impossible, d'après les observations, de réunir des signes distinctifs suffisants. La marche suraiguë de la maladie et l'intensité des symptômes fébriles doivent faire admettre la purulence de l'épanchement, dans la pleurésie diaphragmatique par exemple ; mais dans les autres cas, il ne peut être que de simples présomptions, à moins que l'on ait recours au trocart exploratoire, ou que le pus soit expulsé par les bronches.

Enfin il me reste à rappeler à propos des formes de la maladie, que l'on a voulu appeler une *pleurésie latente*, dans laquelle un épanchement plus ou moins considérable ne donne pas lieu à des symptômes qui puissent attirer l'attention du malade. Ces faits sont réels ; mais ils cessent d'être latents par l'exploration des feuillets par la percussion et l'auscultation. On a également appelé *latentes* des pleurésies avec épanchement considérable qui paraissent stationnaires, et qui se terminent tout à coup par la mort : j'en parlerai tout à l'heure à propos du pronostic.

En ce point de vue de son intensité, on peut dire que la pleurésie aiguë présente trois degrés qu'il est bon de distinguer. 1° Les phénomènes généraux et locaux sont légers ; il y a très-peu ou pas de fièvre, même au début ; l'épanche-



résie purulente ou d'empyème, les perforations de la plèvre au pus de parvenir sous la peau, où il détermine des abcès spontanés donne issue au pus, ou bien vers le poumon, liquide purulent a lieu par les bronches, ordinairement en produit alors un PNEUMO-THORAX. Lorsque la pleurésie est limitée on pourrait simuler une dilatation des bronches (Voy. p. 29).

3° Pronostic. — Un fait pronostique très-important, c'est l'aiguë survenue dans le cours d'une bonne santé est habituellement guérison. Cette proposition de Louis, qui avait constamment des pleurésies primitivement simples, a été contestée dans ces derniers temps qu'on a rencontré des faits exceptionnels, qui ne suffisent pas à détruire la règle, mais qui la rendent seulement moins absolue. Les malades présentant un épanchement abondant, sans symptômes graves, se trouvent dans un état général qui paraissait bon et qui succombaient rapidement à une suffocation ou à une asphyxie plus ou moins rapidement par un épanchement excessif (Pichon, Pidoux, Trousseau, Hervieux, Vigla, etc.). On a admis des pleurésies primitives à forme latente très-insidieuse, qui ne permettent en principe l'innocuité absolue de la maladie chez les bien portants.

Ces faits sont certainement très-importants à connaître ; mais on ne saurait être conjurée si l'on constatait l'imminence de la terminaison par la mort ; progrès latents mais incessants de l'épanchement ; car la thoracotomie est le moyen infailible de l'empêcher. Or, la mensuration cyrtométrique (question plus haut) permet seule de suivre ces progrès cachés du liquide intra-pleural, qui distend les parois thoraciques et empêche l'expansion : d'où la syncope mortelle. Je crois avoir démontré dans mon Mémoire, où j'ai établi l'oppo-

ième jour de la maladie. Ces chiffres, de même que le terme de quinze à jours pour la pleurésie simple, ne sont, bien entendu, qu'approximatifs ; à mon avis, ils n'en sont pas moins importants au milieu du vague déses-  
 st que, sans le secours du cyrtomètre, présente la question du pronostic pleurésie, dans des circonstances plus nombreuses qu'on ne serait d'a-  
 disposé à le croire.

### Pleurésie chronique.

est difficile d'établir où finit la pleurésie aiguë et où commence la pleurésie  
 aigue, du moins lorsque la seconde suit la première. Mais il n'en est plus  
 lorsque la pleurésie est chronique dès le début, ce qui arrive principale-  
 lorsqu'elle constitue une complication, condition la plus ordinaire.

est principalement dans le cours de la *phthisie* pulmonaire, d'une *maladie*  
 zur et dans le *cancer* du poumon que l'on voit survenir la pleurésie chro-  
 n. J'ai signalé à propos du cancer du poumon, dans la première édition de  
 ouvrage, l'importance de la pleurésie chronique avec épanchement qui  
 liquie cette maladie. Aviat, dans sa thèse si complète sur le cancer pul-  
 maire (1861), a insisté aussi sur cette complication.

peut dire qu'en général, à part l'état fébrile du début et l'évolution rapide  
 pleurésie aiguë, les mêmes symptômes à peu près se rencontrent dans  
 qui est chronique. Cependant on a signalé la fièvre hectique, le déperis-  
 nt, l'anasarque et l'œdème du membre supérieur du côté affecté, comme  
 érisant la pleurésie chronique; mais il faut faire la part des affections  
 s concomitantes qui sont l'origine de l'épanchement pleurétique, et dont  
 rmtômes peuvent se confondre avec ceux dus à la complication pleurale.

surtout ici que l'on observe les dilatations de la poitrine les plus considé-  
 s, parce qu'elles se sont opérées insensiblement, les organes intra-thora-  
 s s'habituant peu à peu à la compression. Cette dilatation peut facilement  
 connaître à première vue du côté affecté; il est généralement plus bombé  
 opposé, immobile dans l'inspiration, les espaces intercostaux sont élargis  
 quelquefois même saillants. Oulmont, dans son excellente thèse sur la *pleu-*  
*chronique*, a signalé le développement du côté droit de l'abdomen par  
 du refoulement du foie dans certaines pleurésies du côté droit. Lors-  
 les siègent à gauche, elles peuvent refouler tellement le cœur à droite  
 a croirait à une transposition des organes. On peut aussi observer des faits  
 genre dans des pleurésies aiguës. Une cause de méprise plus rare est la  
 mission, à travers un épanchement chronique considérable, de râles pul-  
 maires, se produisant dans un point parfois très-éloigné des organes de la  
 ration (Chomel, *Pathologie générale*), râles que l'on serait porté à  
 e transmis par une tumeur solide. Peut-être y a-t-il en pareil cas des  
 rences du poumon aux points thoraciques, comme je l'ai signalé pour cer-  
 s pleurésies aiguës (p. 844).

est encore principalement dans la pleurésie chronique que se produisent  
 perforations pleuro-cutanées (abcès) ou pleuro-pulmonaires dont il a été  
 tion à propos de la pleurésie aiguë, et qui sont fréquemment suivies de  
 ison. L'abcès sous-cutané qui se produit dans le premier cas peut former  
 saillie considérable sans s'ouvrir de lui-même; il offre quelquefois une  
 e violacée et des pulsations (Stokes), qui le feraient prendre pour un ané-  
 me si, comme dans le fait remarquable rapporté par Aran (*Soc. des hôpit.*,  
 1858), il n'y avait en même temps retrait de la tumeur extérieure dans  
 piration, et saillie dans l'expiration, ce qui démontrait sa communication  
 l'intérieur de la poitrine. Graves et Heyfelder ont aussi publié des exemples

chroniques. Moutard-Martin et Oulmont en ont cité de remis à la Société des hôpitaux (juillet 1856). L'erreur est inévitable; mais on peut y échapper lorsque la ligne de niveau des tumeurs, au lieu de s'incurver en avant comme je l'ai rappelé pour la pleurésie, est horizontale d'arrière en avant quand le malade ne change pas dans le décubitus (*Voy. TUMEURS*).

On pourrait aussi confondre la pleurésie chronique du thorax. Mais dans l'hydro-thorax, les phénomènes initiaux du défaut, en même temps qu'il existe ordinairement des épanchements séreux que les plèvres, et l'une des affections sous l'influence de laquelle se développe l'ANASARQUE.

La mort est la terminaison fréquente de la pleurésie chronique elle-même, et si elle est secondaire. Lorsque la guérison vient s'accompagner de ces rétrécissements considérables qui ont été décrits par Laennec, et qui vont jusqu'à produire un emphyseme, en abaissant l'épaule et en faisant incurver latéralement le même côté. Walshe a fait remarquer avec raison qu'il ne faut pas confondre le rétrécissement de la pleurésie avec celui qui s'effectue au niveau du plexus pulmonaire. Dans un des faits du cancer du poumon que j'ai cités, il y avait à la fois dépression sous-claviculaire au niveau de la tumeur pleurétique assez abondant inférieurement. La réunion de ces deux phénomènes pourrait être considérée comme pathognomonique.

**PLEURODYNIE.** — Le rhumatisme musculaire des parois thoraciques ainsi désigné se distingue des autres douleurs superficielles par son aggravation marquée ou son apparition au moment de la compression des muscles atteints (ordinairement les intercostaux) par des douleurs bien déterminées, et par l'absence des signes d'une affection racémique s'accompagnant de douleurs analogues, comme la pleurésie, la pneumonie, la pleurésie (*Voy. CONGESTION pulmonaire, TUMEUR musculaire*).

**LIQUE.** — Voy. TRICHOMA.

**LOMB.** — Voy. INTOXICATION SATURNINE.

**NEUMATOCÈLE** (du crâne). — Ce nom a été donné par Thomas (*Arch. méd.*, 1866, t. VII) à une tumeur gazeuse de la région crânienne, produite par la perforation de la lame externe des cellules mastoïdiennes, ou des sinus maxillaires. Observée par Lecat (1741), Lloyd (1779), Pinet (1833), Jarjavay (1852), Lissac (1854), cette affection fut décrite pour la première fois par Costes (de Pau) qui limita son sujet aux tumeurs dues aux lésions de l'apophyse pétreuse.

Cette affection débute par le soulèvement des parties molles soit à la région frontale, soit à la région mastoïdienne, d'où la tumeur peut s'étendre à toute la base du crâne. Elle est élastique, sonore à la percussion, réductible par la pression avec un bruit de sifflement perçu par le malade comme par l'observateur auscultant la région mastoïdienne, et pouvant s'accompagner d'un essoufflement ou de suffocation (Jarjavay). Cette pneumatocèle augmente lentement et met plusieurs mois à envahir tout le crâne; elle a été observée chez un homme (de 46 ans à 57) et paraît due à l'atrophie de la paroi externe des cellules mastoïdiennes ou des sinus frontaux (Thomas). Ces caractères suffisent pour faire reconnaître facilement cette affection, qui est de nature bénigne.

**NEUMATOSES.** — J'ai traité aux mots EMPHYSÈME sous-cutané, MÉTÉORISME, TYMPANITE, PNEUMO-THORAX, des principales affections de ce genre. Les caractères généraux des pneumatoses sont l'augmentation de volume des parties atteintes, la sonorité claire, dite tympanique, qu'elles rendent à la percussion, et les phénomènes de compression des organes limitrophes. Le *pneumo-péritonéum* est un état pathologique exceptionnel qui s'annoncerait par un bruit de clapotement à chaque impulsion du cœur (Bricheteau).

**PNEUMO-GASTRIQUES** (Nerfs). — Ces nerfs, desquels dépendent en grande partie les fonctions du pharynx, du larynx, des poumons, du cœur, du diaphragme, ont des anastomoses avec le spinal et le grand sympathique qui rendent moins nets les troubles fonctionnels qui doivent leur être attribués. Cependant l'aphonie manifestement produite par le spasme ou la compression du nerf récurrent, dus à des tumeurs du médiastin, et particulièrement à des anévrysmes de l'aorte. Une dyspnée pouvant aller jusqu'à la suffocation et même l'asphyxie est produite par la section de ces nerfs; elle résulte de la compression du pneumogastrique, à laquelle on a attribué encore l'engouement bronchiale et l'accumulation de mucus bronchiques.

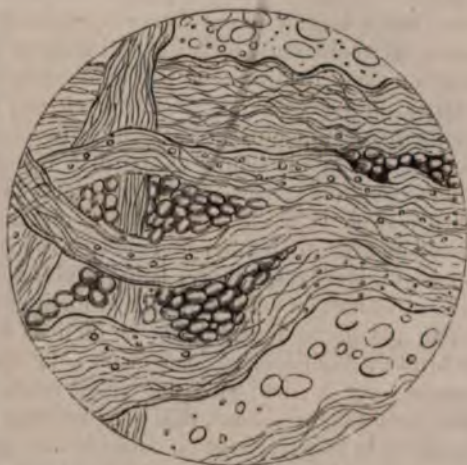


Fig. 202. — Atrophie scléreuse des fibres nerveuses (Jaccoud).

Comme l'a fait Jaccoud pour l'asthme dont il a rapporté l'intéressante observation (*Clinique médicale*, p. 400), on pourrait diagnostiquer une lésion des pneumo-gastriques, lorsqu'il survient successivement des vomissements persistants, puis la raucité de la voix et un essoufflement des plus pénibles.

plus fréquemment dans la pratique; aussi a-t-elle été l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels se distingue l'importante monographie de *la pneumonie*, 2<sup>e</sup> édit., 1864).

Mais en dehors de cette publication, la pneumonie a été l'objet de nombreux travaux de Barthez, Rilliet, Charcot, Vulpian, Béhier et de nombreux autres observateurs, qui ont publié des Mémoires plus ou moins importants sur l'histoire clinique de la pneumonie. Moi-même j'ai fait des recherches dont je rappellerai seulement quelques particularités, qui seront prochainement l'objet d'une publication spéciale (*Clinique des organes respiratoires*, 1870).

La pneumonie a été divisée en aiguë et chronique. Mais nous nous occuperons ici de la première. Le diagnostic de la pneumonie chronique n'est possible pendant la vie, ainsi que cela ressort des recherches de Rilliet (*Pneumonie chronique*, Thèse d'agrég., 1860).

1<sup>re</sup> *Éléments du diagnostic.* — La pneumonie franche se caractérise d'abord par les symptômes suivants : *douleur sous-mammaire*, *toux*, l'inspiration et les mouvements de la poitrine; *accélération* et *dyspnée* variable, parfois avec sentiment de constriction; *crachats* suivis bientôt de *crachats visqueux*, demi-transparents, aérés, très-adhérents, mêlés intimement à du sang qui leur donne une teinte franchement *rouge*, ou une teinte variable de *brique* ou de *safran*, de *sucre d'orge*, ou *jaune citron*, parfois verte, parfois *pruneaux*, en quantité très-variable; ils sont plus ou moins mêlés à un liquide comme salivaire. A une époque variable de la maladie, les symptômes, mais assez rapidement, la percussion fait entendre au niveau de la lésion une submatité obscure, puis une matité complète avec diminution de l'élasticité sous le doigt, et l'on entend un bruit respiratoire, tantôt faible, ou même nul, tantôt fort, et bientôt un *râle crépitant* ordinairement très-menu,



sur du pouls, chaleur générale, anorexie avec enduit épais de la langue, céphalalgie, insomnie, agitation, parfois délire et coma. Ces symptômes généraux ou locaux diminuent après quelques jours si la pneumonie, dont la durée ordinaire est de sept à vingt jours, doit se terminer favorablement; les symptômes généraux s'aggravent au contraire, et la face devient pâle, livide, si la pneumonie se termine par la mort.

**Inductions diagnostiques.**— Cet exposé sommaire des principaux signes de la maladie n'est pas, malheureusement pour le diagnostic, applicable à tous les cas, car il n'est pas un seul des phénomènes locaux qui ne puisse manquer de se rencontrer dans une autre maladie.

Le râle crépitant, considéré par Laennec comme propre à la pneumonie, a une signification bien autrement étendue et que tout le monde connaît aujourd'hui : la congestion pulmonaire dans certains cas, l'hémoptysie, certaines bronchites aiguës, la tuberculisation du poumon à la période de ramollissement, sont des conditions variées dans lesquelles ce râle se retrouve, sans compter qu'il peut se confondre quelquefois avec certains bruits de frottement pleuraux. Le souffle trachéal et la bronchophonie se rencontrent aussi dans plusieurs autres affections. (Voy. RÂLES ET BRONCHIQUES [Phénomènes]. — La matité a également une signification très-multiple, et d'ailleurs elle peut manquer.

La percussion peut même, lorsque la matité fait défaut, fournir un signe local contraire : du *tympanisme*. Ce signe, indiqué par Skoda dans les cas d'engorgement pulmonaire, me paraît incontestable comme signe du début et de la progression de la pneumonie; c'est un fait que j'ai plusieurs fois constaté, et qui, d'ailleurs, est constant, a une certaine fréquence; on pourra s'en assurer si l'on ne craint pas de rechercher simplement s'il y a ou non *matité*. Plusieurs observateurs, entre autres Hayden, de Dublin (*Dublin Quart. Journ.*, 1866), ont reconnu et étudié ce signe dans la pneumonie. Il doit être admis aussi que le son mat au lieu d'être tympanique sous la clavicule quand la pneumonie siège plus bas dans le poumon, ou au sommet en arrière, comme je l'ai observé, peut avoir le caractère de *pot fêlé*. J'ai publié sur ces deux signes des faits qui en sont des exemples positifs (*Leçons clin.*, *Gaz. des hôp.*, 1864, n° 90 et 91).

Le signe définitive, en considérant les signes isolément, on n'en trouve qu'un seul véritablement pathognomonique : ce sont les *crachats* dits *pneumoniques* dont il faut parler plus haut. Seulement c'est un signe qui peut faire défaut comme les autres, et son absence ne prouve pas que la pneumonie n'existe pas. La température elle-même est variable, mais dans des conditions qui seront rappelées plus tard, et en dehors de la chaleur fébrile.

Et surtout aux deux extrêmes de la vie, chez le vieillard et chez l'enfant, on rencontre les variations les plus notables dans les symptômes. Houriet et Dechambre (*Arch. de méd.*), Charcot (*Leçons sur les mal. des vieill.*, 1867), Béhier (*Confér. de clin. méd.*, 1864), ainsi que Barthez et Rilliet, ont excellamment traité des maladies de l'enfance, ont particulièrement fait ressortir cette insuffisance et cette variation des symptômes.

Chez l'enfant, la respiration est plus accélérée, sans avoir le caractère suffoquant; l'*expectoration* (surtout rouillée) est rare avant l'âge de cinq ans; la toux est intense et proportionnée à la dyspnée, la pulsation ne bat jamais au-dessus du 120, la peau est très-chaude, quelquefois si injectée qu'on a pu croire à une éruption; souvent il y a au début des symptômes cérébraux, des vomissements, de la diarrhée; à l'auscultation, le râle crépitant peut être remplacé par le sous-crépitant, et le souffle vient très-vite; il est même le plus souvent le premier symptôme constaté.

Chez le vieillard, le facies est parfois caractéristique : teint plombé, regard terne, indifférence, ailes du nez mobiles, etc. Assez souvent la douleur manque, la toux est peu accusée, les crachats caractéristiques font défaut (dans la

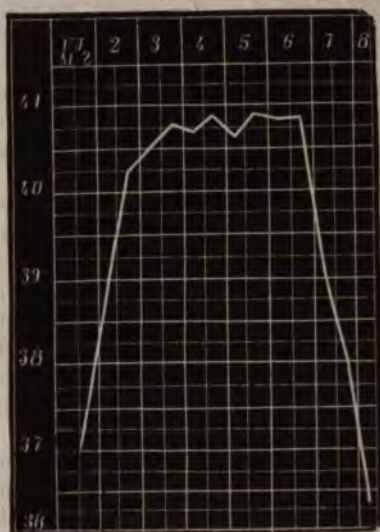


Fig. 203. — Pneumonie. Six jours (G. Sée).

*rèbraux* (délire, assoupissement, accidents apoplectiformes. — Parmi les généraux, il en est un qui a été étudié, dans les derniers temps, et auquel on a attaché une grande importance : je veux parler de la chaleur fébrile constante

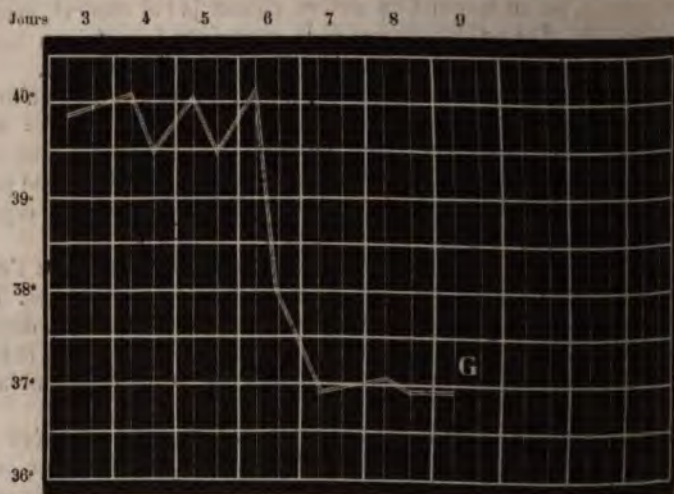


Fig. 204. — Pneumonie lobaire chez un enfant de 3 ans. Guérison (Chareol, d'après Ziemssen).

l'aide du thermomètre. Le professeur G. Sée (*Bull. de Thérap.*, février 1888) a bien résumé les données qui en résultent, et qu'il a représentées dans la figure 203, que nous lui empruntons. La température monte rapidement d'abord

des cas), de même que la matité; le sous-crépitant remplace le crépitant; le souffle, comme chez l'enfant, semble parfois être le premier signe, mais il peut aussi manquer. La fièvre est également le premier signe de la pneumonie chez beaucoup de vieillards; et telle est la conséquence de la pneumonie dans la vieillesse, que l'invasion seule d'un accès de fièvre dont la cause paraît obscure doit être rapportée à une pneumonie. J'ai vu dans une pareille circonstance un son tympanique localisé dans un point de la poitrine révéler le siège de la maladie caractéristique plus tard, dans le même point, par la matité et les autres signes caractéristiques.

Rien de plus variable d'ailleurs que les qualités du pouls, qui devient fréquent le soir, sans chaleur appréciable à la peau; la langue est sèche, noirâtre, fendillée, et dans les cas il survient des accidents

le premier jour, puis, le lendemain, à 40 degrés au plus; et ce n'est que le deuxième ou le troisième jour que le maximum 40,5 ou 41 est atteint. La fièvre, ainsi accusée, se maintient trois à six jours, le plateau de la courbe

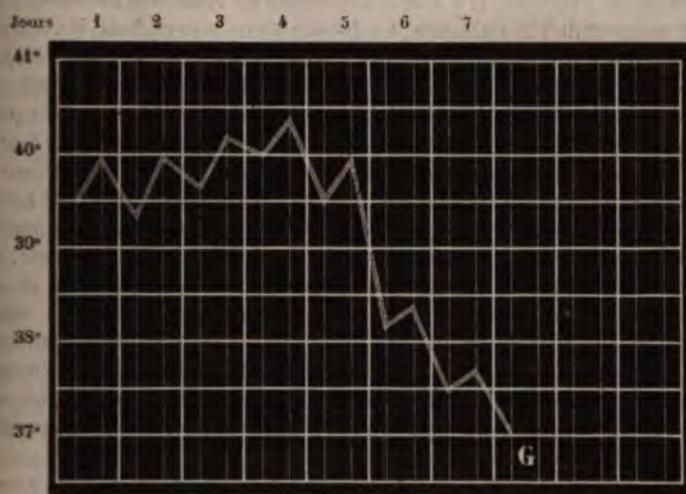


Fig. 205. — Pneumonie lobaire chez un homme de 38 ans. Guérison (Wunderlich, cité par Aitken).

thermométrique se montre invariable, et il n'y a que peu de différence entre la température du soir et celle du matin, moins même qu'à l'état normal. Le septième ou huitième jour survient la défervescence, marquée par une baisse brusque du thermomètre (*Voy. THERMOMÉTRIE*). La constatation thermométrique de la température démontre qu'il en est de même chez le vieillard

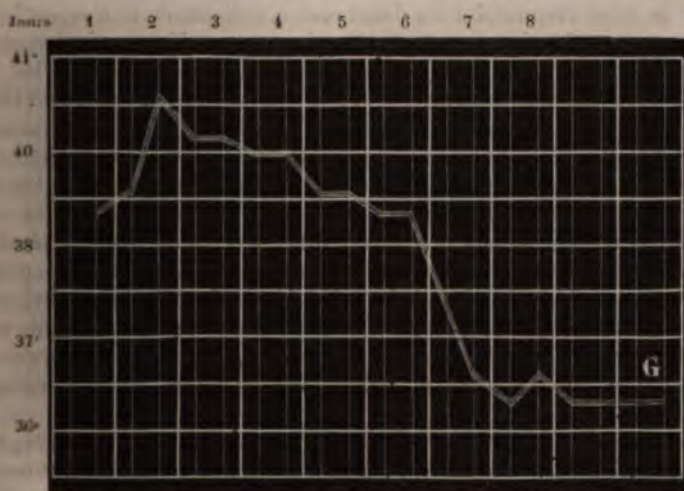


Fig. 206. — Pneumonie lobaire chez une femme de 75 ans. Guérison (Charcot).

chez l'adulte et chez l'enfant, pour la pneumonie lobaire, ainsi que le montrent les figures 204, 205 et 206 que j'emprunte à Charcot (*Leçon clin. sur les maladies des vieillards*, 1867).

l'albuminurie, comme Beale l'avait aussi constaté (*Gazz. me*

En ne considérant que la variété des symptômes, on voit avoir de difficultés à diagnostiquer la pneumonie. C'est ce-  
lement chez les enfants et les vieillards, mais aussi chez l'ad-  
monie est secondaire. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'  
signes peu n'être qu'apparente. Tel est, par exemple, le râ-  
se montre parfois que dans les inspirations profondes ou ap-  
de même du souffle bronchique.

L'enchaînement ou l'évolution des symptômes, la *march*  
en un mot, vient encore en aide au diagnostic, lorsque les  
cèdent à peu près dans l'ordre que j'ai indiqué en commença  
a lieu par les symptômes généraux et locaux (fièvre péripnei  
par les phénomènes locaux. On a discuté la question de sav  
initial de la pneumonie. Grisolle avait indiqué la faiblesse d  
Stokes avait au contraire signalé la respiration puérile. '   
pool, a soutenu en 1866 (*The Lancet*) l'opinion de Sto  
comme celle de Grisolle. Je crois avoir mis hors de doute, e  
difications du bruit respiratoire du début sont des signes de  
*tiale* de la pneumonie, signes en réalité nombreux et variés,  
server pendant quelques heures jusqu'à plusieurs jours, a  
évidents de la pneumonie se déclarent (*Voy. Arch de méd.*

Il peut arriver, comme pour la pleurésie, que les signe  
assez longtemps au même degré sans quel'on sache si la lésio  
diminue. Or, la mensuration cyrtométrique permet ici encor  
en faisant constater, du jour au lendemain, soit l'ampliation  
pondant aux progrès latents de la lésion, soit la rétrocession.  
J'ai déjà fait remarquer (*Voy. MENSURATION*) que l'ampliation  
la poitrine étaient habituellement généralisées aux deux côtés  
grè la localisation de la maladie d'un seul côté, et que l'on  
le côté affecté se dilatant seul que dans le cours de la dilata

ieuse, assez fréquemment par l'action prolongée du froid lorsque le corps chauffé, et elle est sujette à récidiver chez le même sujet. — Les pneumo-secondaires se montrent principalement dans l'enfance et la vieillesse, le souvent avec les allures insolites que j'ai rappelées plus haut. Elles offrent une condition spéciale de se montrer dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique préexistante. Ces maladies sont : dans l'enfance (où la maladie affecte principalement la forme bronchopneumonique), la bronchite aiguë, la coqueluche, le croup, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives; chez le vieillard, toutes les affections qui nécessitent un long séjour au lit et surtout les affections paranasales; chez l'adulte, la fièvre typhoïde, les affections éruptives graves, la tuberculose, l'emphysème pulmonaire, la morve aiguë, la variole, la fièvre puerpérale, etc., et en général, aux différents âges, toutes les affections fébriles graves, soit aiguës, soit chroniques, les bronchites capillaires étendues et principalement celles qui sont épidémiques (grippes), enfin tous les états chroniques ou les cachexies qui altèrent profondément la constitution.

Les variations nombreuses que présente la symptomatologie de la pneumonie qu'elle est facilement confondue avec d'autres maladies thoraciques, principalement chez l'enfant et le vieillard.

On a vu certaines pneumonies n'offrir pour symptômes locaux que la matité absolue et l'absence du bruit respiratoire; il est clair que, dans ce cas, on pourra croire à une *hyperémie simple*, à une *pleurésie* si l'expectoration caractéristique de la pneumonie manque. Ce n'est d'ailleurs que lorsque les crachats sanguinolents ou jaunâtres seront défaut, ainsi que le râle crépitant, que l'on pourra distinguer entre ces deux maladies et la pneumonie. — Mais dans la *congestion pulmonaire simple*, la fièvre tombe peu après le début, et s'il existe du souffle et du râle crépitant, ce râle disparaît du jour au lendemain; le souffle est plus fort et sans retentissement exagéré de la voix dans la plupart des cas. Enfin les vibrations thoraciques ne sont pas augmentées. — Quant à la *pleurésie*, elle se distingue de la pneumonie par des caractères assez tranchés : par la matité absolue qu'elle produit; par un souffle ordinairement très-doux, occupant préférentiellement les parties supérieures de la matité, tandis que, dans la pneumonie, on le constate à son centre; par l'existence de l'égophonie, et surtout par l'absence des vibrations thoraciques, qui sont au contraire augmentées dans la pneumonie.

La *bronchite* sera facilement confondue avec la pneumonie dite catarrhale (voyez plus loin) et avec les pneumonies insidieuses des enfants et des vieillards dans lesquelles le râle est sous-crépitant, et l'expectoration purement muqueuse; mais dans cette circonstance, le râle n'existera que d'un côté ou sera plus prononcé d'un côté que de l'autre, et les symptômes généraux seront moins intenses. Chez les enfants, suivant H. Roger, on éviterait de confondre la bronchite capillaire et la pneumonie lobulaire en recherchant, avec le thermomètre placé dans l'aisselle, le degré de la température, qui ne dépasserait pas 40° dans la bronchite, tandis que, dans la pneumonie lobulaire, elle monterait au-dessus de 41°. — La bronchite aiguë survenant chez un sujet atteint de *dilatation des bronches* pourrait en imposer par l'obscurité localisée du son, par le râle humide coïncidant avec une respiration soufflante; mais ici l'état général du malade loin de répondre à l'existence d'une pneumonie, de même que l'absence de douleur de côté, et de crachats caractéristiques, en même temps que l'on constaterait l'abondance habituelle antérieure d'une expectoration muqueuse et non-purulente. — Une respiration soufflante et un gros râle peuvent exister dans le cas d'une cavité ayant succédé à une *gangrène pulmonaire*; mais la



Une confusion non signalée, quoique réelle, que l'on peut égarer est celle de la *congestion pulmonaire* avec la pneumonie (1). Quant au diagnostic différentiel de la pneumonie droite et gauche, j'en suis occupé à propos de cette dernière maladie (*Voy. p. 10*).

Le *siège* de la lésion est important à considérer dans la pneumonie. Il est facile de l'établir par le siège de la douleur pectorale affectée, et, d'une manière plus précise, par les signes fournis par l'auscultation, lorsqu'elle est franche. Il n'en est pas toujours ainsi si la lésion est profonde. Néanmoins c'est dans cette dernière circonstance que la pneumonie étant accusée par des crachats spéciaux, son siège est par la coïncidence d'un son tympanique localisé (avec crachats muqueux) ou d'un souffle constaté seulement dans les grandes inspirations et les secousses forcées de toux. La localisation de la pneumonie s'est quelquefois accompagnée d'un *râle caverneux* bien caractérisé, comme William Bolling et Fonssagrives (*Union méd.*, 1857) ont observé que la pneumonie du sommet donne lieu d'ailleurs à des symptômes locaux ou généraux particuliers. Quoi qu'il en soit, on trouvera la pneumonie localisée à la base d'un des poumons, parfois au sommet inférieur de l'omoplate, et rarement dans les deux poumons à la fois (double).

On sait qu'on a assigné trois *degrés* anatomiques à la lésion : l'engorgement, qui n'est que la congestion pulmonaire, comme l'hépatite rouge, et l'hépatite grise (suppuration). Le premier degré est généralement considérée comme assemblant la submatité et à l'absence du souffle tubaire dans le cas d'engorgement, et à l'existence du souffle avec matité plus continue. Mais combien de faits dans la pratique viennent démentir cette classification classique ! J'ai des observations de pneumonie dans lesquelles on a constaté que des signes d'hyperémie avec des crachats muqueux caractéristiques pour tout symptôme de la pneumonie elle-même, n'étaient encore plus difficile à distinguer du deuxième et le troisième

de certains symptômes, de causes particulières, etc., sans parler des cas anatomiquement établis (Cornil, *Arch. de méd.*, 1865). C'est ainsi qu'on a admis des pneumonies *rhumatismales*, qui ne diffèrent des pneumonies ordinaires qu'en ce que leur invasion a lieu dans le cours du rhumatisme. On trouve aussi des pneumonies dites *fibrineuses*, dans lesquelles il n'y a de remarquable que l'abondance des concrétions fibrineuses expectorées que l'on retrouve dans les crachats de la plupart des pneumonies à un certain degré. Selon Gubler, il suffit d'isoler des crachats les masses informes d'un rouge sombre ou d'une blancheur opaque, et de les agiter dans l'eau pure, pour parvenir à obtenir des ramifications d'une longueur et d'une élégance souvent inattendues (*Des hôp.*, janvier 1858). Je ne m'occuperai donc que des formes simples, qui sont vraiment les seules utiles à rappeler.

La pneumonie *franche*, inflammatoire, est celle qui fournit les symptômes classiques de la maladie, et que j'ai précédemment rappelés comme éléments principaux du diagnostic.

La pneumonie dite *bilieuse* se complique simplement de l'état bilieux qui existe ici comme dans beaucoup d'autres maladies aiguës, mais qui n'a nullement du siège de la pneumonie dans le voisinage du foie, comme on l'a pensé, puisque cet état bilieux existe aussi bien dans les pneumonies que dans les pneumonies droites.

La pneumonie *typhoïde* se complique d'un état typhoïde (Voy. ce qui est dit sur la fièvre typhoïde). Il ne faut pas confondre avec la pneumonie qui complique la fièvre typhoïde, et que l'on a vue en pareil cas se développer simultanément avec la fièvre typhoïde et une péricardite. La forme dite typhoïde, en dehors de la maladie, présente des symptômes ou *ataxiques* ou *adynamiques*, et se développe parfois épidémiquement, de préférence chez les sujets débiles ou à des excès alcooliques, et surtout, selon Grisolle, dans les pneumonies du poumon droit.

La pneumonie *lobulaire*, désignée aussi par les noms de *broncho-*

*pneumonie*, *pneumonie catarrhale* des vieillards, *pneumonie pseudo-typhoïde*, etc., est fréquente, et survient à la première

Cette forme de pneumonie, bien déterminée par les lésions anatomiques, ressemble, de vue symptomatique, à une bronchite grave, parfois à une pleurésie, dans laquelle on entend des râles muqueux, sonores, disséminés, se joignant à des signes d'insuffisance du souffle et plus

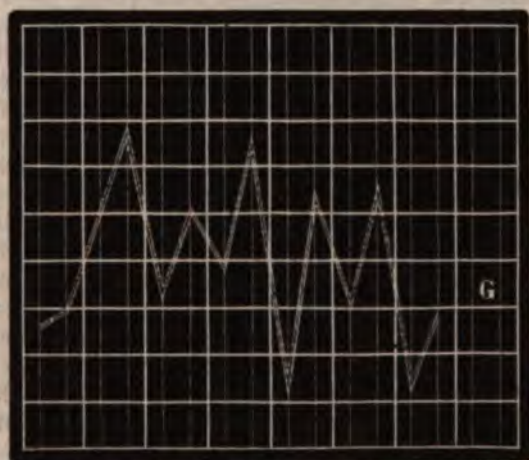


Fig. 207. — Pneumonie catarrhale chez un enfant, Guérison (Ziemssen).

et du râle crépitant, l'un et l'autre disséminés, mais non constants; des signes généraux graves et un état fébrile plus ou moins intense, mais qui



est peu prononcée dans la variété catarrhale (râle sous-crépitant humide généralisé, pouls sans fréquence considérable). Comme l'a fait remarquer Charcot dans la pneumonie franche ou lobaire, il y a dans la fièvre des rémittentes quotidiennes qui s'expriment tous les matins par une différence thermométrique

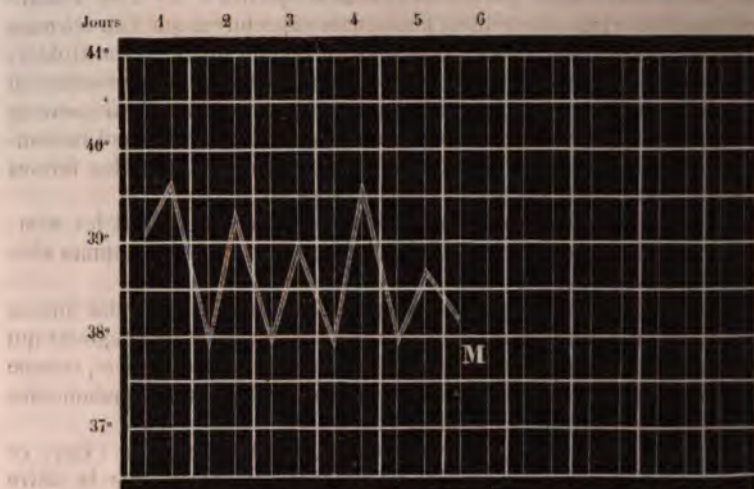


Fig. 208. — Pneumonie catarrhale chez une femme de 83 ans. Mort (Charcot).

d'un demi-degré en moyenne ; tandis que dans la pneumonie catarrhale, les oscillations sont bien plus fortement accusées, se traduisant par des écarts d'un degré, d'un degré et demi et quelquefois davantage. Sous ce rapport, on peut comparer les figures 207 et 208 aux figures 204, 205 et 206, données plus haut.

e. — La pneumonie dite *latente*, observée surtout chez les vieillards, est même que la précédente, est remarquable par l'absence de tout symptôme local ; la fréquence de la pneumonie dans un âge avancé doit toujours soupçonner l'existence de cette affection, si l'on constate un état général dépressif, et même seulement des troubles fonctionnels légers en apparence vers les organes respiratoires ; mais, d'un autre côté, il faut savoir qu'on a souvent admis des pneumonies latentes chez des sujets non suffisamment explorés, ce qui démontre l'importance d'une exploration attentive chez le vieillard.

f. — Il faut rapprocher de cette pneumonie latente la *pneumonie caséeuse* dont il a été question à propos de la phthisie pulmonaire (p. 831).

g. — Frappés des erreurs de diagnostic dont ils ont été témoins à propos des symptômes cérébraux qui, chez les enfants, masquent si souvent la pneumonie à son début, Barthéz et Rilliet ont admis une *pneumonie cérébrale* de l'enfance, qu'ils divisent en *méningée* (coma ou délire) et en *éclamptique* (convulsions marquant le début) ; mais le grand intérêt que doit avoir le praticien à connaître ces accidents initiaux de la pneumonie chez l'enfant ne me paraît pas légitimer suffisamment une forme spéciale de pneumonie, ni surtout la dénomination de pneumonie *cérébrale* qui lui a été donnée.

h. — On a encore admis d'autres formes de pneumonie : la pneumonie *hypostatique*, la pneumonie *ultime*, qui, lorsqu'elle n'est pas une pneumonie ordinaire que par l'action d'un temps prolongé sur la partie affectée.

es dites *métastatiques*, qui n'ont aucun signe positif qui les révèle; *pneumonie intermittente* ou *rémittente*, qu'il ne faut pas confondre avec les congestions pulmonaires (Voy. p. 227), et qui se montrerait dans les émanations paludéennes, et compliquerait les fièvres de marais, auxquelles il serait prendre un caractère pernicieux.

Il faut être prévenu que des complications peuvent venir modifier les signes de la pneumonie. Ce sont de simples symptômes, ou de véritables maladies.

La pleurésie est une complication fréquente de la pneumonie, surtout chez l'adulte âgé de moins de cinquante ans, et qui se rencontre plus souvent (exclusivement) dans les pneumonies droites que dans celles du poulmon gauche. — Le délire est encore une complication assez fréquente, surtout chez les sujets qui ont fait abus de boissons alcooliques; mais il est démontré qu'il n'arrive pas de préférence dans les pneumonies du sommet. — On trouve trop souvent comme un signe de bronchite venant compliquer la pneumonie, en dehors des points que celle-ci occupe, les râles sonores persistants, la toux et qui ne dépendent que de la congestion pulmonaire congestive. Il ne faut pas considérer comme des signes de complication, ainsi qu'on le fait, les signes anormaux de percussion et d'auscultation que l'on rencontre le plus souvent au niveau du poulmon du côté opposé à la pneumonie. J'ai trouvé dans le poulmon prétendu sain des signes de congestion pulmonaire. L'hyperémie y est donc un état concomitant habituel de la pneumonie; il est facile de vérifier en se reportant aux signes de la congestion pulmonaire appelés (Voy. p. 225). — Une complication remarquable par sa fréquence est la pleurésie, dont l'épanchement, ordinairement peu abondant, occupe la partie la plus déclive du côté affecté, où le son est plus mat, et le bruit respiratoire nul, tandis que, plus haut, se constatent le bruit respiratoire, le bruit de crépitation et le souffle à timbre métallique, souffle beaucoup plus doux qu'on entend lorsqu'il est dû à l'épanchement pleurétique un peu abondant. Quelquefois l'épanchement accompagné de symptômes généraux fébriles, prend un grand développement à la suite de la pneumonie; on a ordinairement alors à une pleurésie purulente. — La péricardite a été décrite par beaucoup d'auteurs comme compliquant la pneumonie dans un grand nombre de cas. Béhier a étudié cette question avec soin dans ses *Conférences cliniques médicales*. Il résulte de ses recherches que cette complication de la pneumonie par la péricardite, constatée par Andral, Taylor, Latham, etc., a été trouvée dans la proportion de 6 cas sur 83 faits de pneumonie constatés (Arch. de méd., 1862), de 8 sur 133 par Austin Flint, et seulement de 3 péricardites sur 114 pneumonies dont Béhier lui-même a rassemblé les observations. Il faut être prévenu que la péricardite en pareil cas est le plus souvent latente. — Chez la femme grosse, la pneumonie provoque souvent la pleurésie. — Enfin il y a des complications plus rares qui sont : l'endocardite, les concrétions sanguines du cœur survenant dans les pneumonies, les concrétions de même nature dans l'artère pulmonaire que j'ai trouvées plusieurs fois, la méningite, les parotides, et les arthrites multiples. — Une complication rhumatismale est due probablement à des ré-

activité du développement simultané à la Société médicale d'observation dans le cours d'une pneumonie, et par l'autre. J'ai moi-même observé, chez lequel le frisson du



début de la pneumonie marqua aussi l'invasion d'une varioloïde, dont l'éruption se montra le troisième jour, l'évolution des deux maladies restant indépendante et régulière (*Leçon clinique, Gaz. des hôp., 1864, p. 477*).

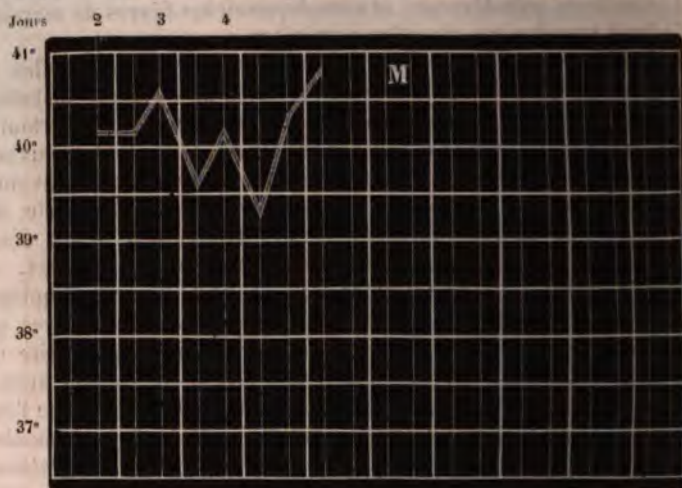


Fig. 209. — Pneumonie lobaire chez une femme de 83 ans. Mort en élévation de la température (Charcot).

3<sup>e</sup> Pronostic. — Le pronostic de la pneumonie, en général grave, est très-variables suivant les conditions précédemment passées en revue : suivant l'âge, le sexe, la maladie étant beaucoup plus grave chez l'enfant et le vieillard ;

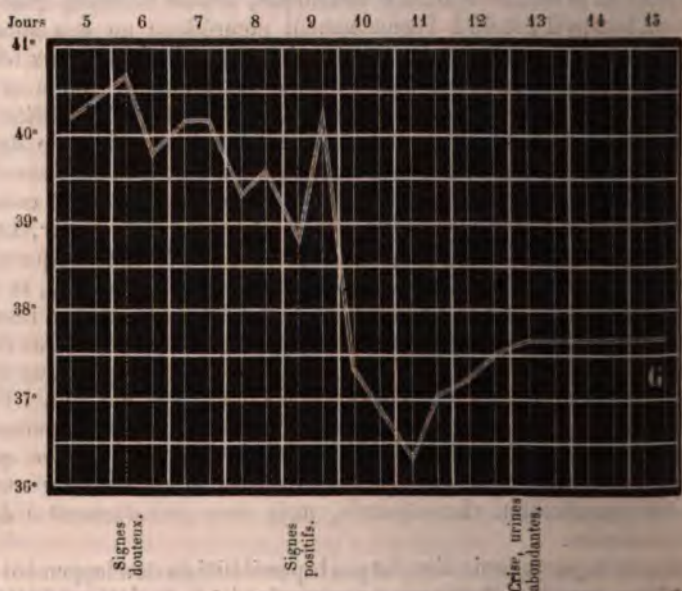


Fig. 210. — Pneumonie lobaire chez une femme de 75 ans. Guérison (Charcot).

grave chez la femme (surtout en état de grossesse) que chez l'homme ; suivant les conditions antérieures de santé et d'hygiène ; suivant le siège de la pneumonie ;



est plus grave quand elle est double que simple, et au sommet plutôt base, sans qu'on en connaisse la cause; suivant sa forme, la typhoïde est grave; et en général suivant l'intensité des symptômes généraux. Il est

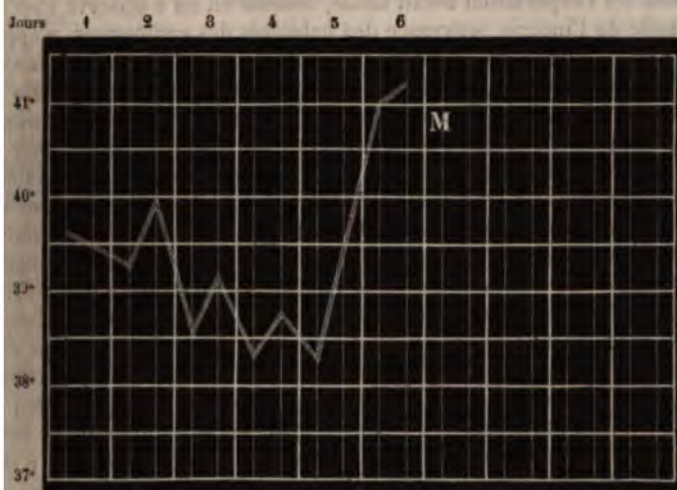


Fig. 211 — Pneumonie lobaire chez une femme de 69 ans. Mort en élévation de la température (Charcot).

Il faut faire remarquer que la mort ne survient pas toujours avec l'élévation la plus considérable de la chaleur; car tantôt elle survient avec le maximum de la température, fig. 209 et 211, et tantôt au moment de la défervescence,

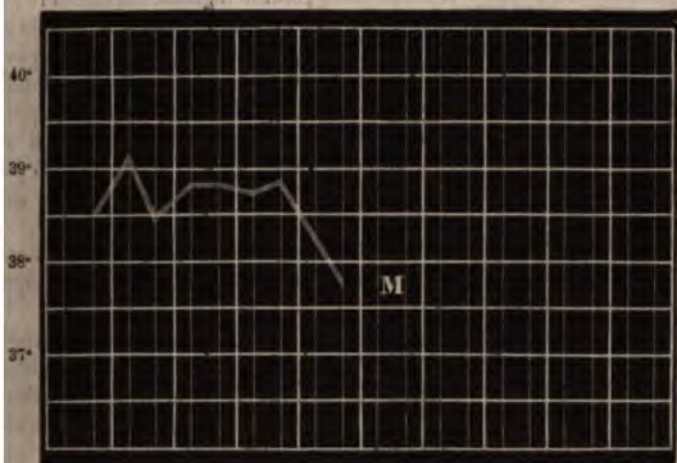


Fig. 212. — Pneumonie lobaire chez une femme de 75 ans. Mort dans la défervescence (Charcot).

2. Au moins il en est ainsi chez les vieillards, comme Charcot le démontre par les tracés de ces figures. Une défervescence parfois considérable, et très rapide, précède la convalescence, fig. 210.

Le pronostic varie aussi et enfin suivant le plus ou le moins de retard apporté à la guérison. C'est surtout dans la province que cette dernière condition a de

(hépatisation grise). Il est extrêmement rare qu'elle se termine que l'on reconnait facilement aux signes propres à cette dernière (GANGRÈNE PULMONAIRE). On a signalé des morts subites et quelques cas de pneumonies arrivées à l'hépatisation grise chez des vieillards (Van Swieten pensait que le pus des poumons dans le torrent circulatoire ; et Béhier est très-que la mort survient par résorption purulente dans le troisième pneumonie (ouv. cité, p. 177).

**PNEUMO-PÉRICARDE.** — Voy. PNEUMATOSES.

**PNEUMO-THORAX.** — Laennec le premier a bien fait affeccion, qui a été l'objet après lui de nombreux travaux, en France et en Angleterre, et parmi lesquels je citerai ceux de (Thèse, 1841), Stokes, Hughes, Béhier (*Confér. de clinique m*

Le pneumo-thorax existe-t-il réellement comme maladie part ce que l'on ait rigoureusement démontré que l'accumulation d'air la plèvre, qui le constitue, peut se produire spontanément, ce qui a été fait, on devra toujours considérer le pneumo thorax comme d'une lésion anatomique. Pour mon compte, je crois avoir démontré sur le cadavre, on n'a pas toujours suffisamment cherché cette conclusion à l'existence d'un pneumo-thorax idiopathique (*Mém. des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse : Ar 1853, t. II*).

Il en résulte que l'on devrait considérer cet état pathologique symptôme, si, de même que l'anémie, il n'offrait pas un ensemble de symptômes nombreux et bien définis.

**1° Éléments du diagnostic.** — Ce sont : une *dyspnée* annoncée, assez souvent une *dilatation* visible du côté affecté ; même saillie des espaces intercostaux et parfois refoulement du (foie, cœur, etc.) : à la percussion, un son exagéré d'intensité

nement pour le médecin qui ausculte, dans les mouvements plus ou moins marqués du tronc, et surtout par la **SUCCUSSION**. Enfin Aran a signalé, dans un cas exceptionnel, comme une conséquence du pneumo-thorax, un bruit de choc du poumon contre la paroi thoracique perçu par l'auscultation pendant la toux (*ibid.* p. 188).

Outre ces signes, il en est d'autres qui résultent de la perforation pulmonaire que l'on rencontre presque constamment comme origine du pneumo-thorax; je les rappellerai plus loin.

■ **Inductions diagnostiques.** — Si l'on considère isolément les différents signes physiques du pneumo-thorax, on constate que la saillie générale du côté atteint avec effacement des espaces intercostaux, le son tympanique qui se produit à la percussion, les résonnances amphoriques de la respiration, de la toux et de la voix, les consonnances métalliques, le bruit de flot résultant des simples mouvements du malade, peuvent, isolés, faire soupçonner la présence de l'air dans la plèvre. Mais la certitude ne saurait être acquise que par l'appréciation raisonnée de chaque signe et par le groupement des diverses données du diagnostic. Une seule donnée, le *claquement costo-hépatique* obtenu par la percussion au niveau de la 8<sup>e</sup> côte droite, et signalé par Saussier (*Voy. CLAUDE*), serait pathognomonique; mais comme cette donnée est loin d'être constante, et qu'il faut déjà songer au pneumo-thorax pour rechercher cet élément du diagnostic, sa valeur devient par cela même secondaire.

La dilatation visible d'un des côtés du thorax se rencontre dans l'empyème, dans certains emphysèmes et par le fait du développement de tumeurs intrathoraciques, aussi bien que dans le pneumo-thorax. — Le son tympanique, que l'on ne donnait presque comme un signe pathognomonique, puisqu'il ne le était, en dehors du pneumo-thorax, que dans l'emphysème pulmonaire, a une signification beaucoup plus étendue (*Voy. TYMPANISME*); et, d'un autre côté, il doit reconnaître en fait, sans qu'on soit obligé d'admettre la théorie de Skoda sur ce point, que le pneumo-thorax, même considérable, peut donner lieu à une sonorité plus ou moins étouffée, ce que Hughes avait aussi constaté. — Les *Phénomènes amphoriques* ont également des origines multiples que j'ai rappelés ailleurs (*Voy. AMPHORQUES* [Phénomènes]), et qui démontrent qu'il ne faut pas trop se hâter de croire à un pneumo-thorax lorsqu'on les constate. — Les *Résonnances MÉTALLIQUES*, jointes ou non aux phénomènes précédents, ont au contraire une signification beaucoup plus précise, puisque en leur présence il n'y a qu'à opter entre un pneumo-thorax ou une vaste cavité tuberculeuse. La théorie des bruits amphoro-métalliques a été très-discutée, et la résonnance des bruits pulmonaires ou autres dans l'air épanché, la perforation tant comptée pour rien, a été examinée aux mots *AMPHORQUES* (Phénomènes) *MÉTALLIQUES* (Résonnances). J'ai donné les raisons qui empêchaient d'adopter la théorie trop exclusive de la consonnance, malgré le talent avec lequel elle a été défendue. Le *bruit de flot* n'a pas une valeur moindre que les résonnances métalliques comme signe de pneumo-thorax, quoique ce bruit anormal ne se produise pas seulement dans le pneumo-thorax avec épanchement (*Voy. SUCCUSSION*).

Quoi qu'il en soit, il est clair que les symptômes doivent être réunis en plus ou moins grand nombre pour acquérir une signification suffisante. Deux peuvent cependant suffire: ce sont le refoulement du cœur et le son tympanique du côté opposé au déplacement (Gaide, Stokes, Legendre), ou cette même sonorité coïncidant avec l'extinction des vibrations thoraciques (Monneret), etc.; mais il est habituellement nécessaire de se baser sur un plus grand nombre de données

qui fait exsuder des gaz purulents dans la cavité séreuse. Les d'origine, en mettant de côté les causes traumatiques, et certaines thoracentèses, sont beaucoup plus rares que les précédentes perforations dues à un *corps étranger* ayant pénétré dans le *noyau apoplectique* du poumon, à la rupture de quelques *vérus mateuses* (Stokes), à un *cancer* ulcéré du poumon, à une *tuberculose* ouverte à la fois dans les bronches et dans la plèvre, à un *abcès bronchiques*, ou bien à une *rupture de l'œsophage*. D'autre part, on n'a pas une affection pulmonaire ou pleurale pour point de départ, ainsi que l'on a vu un *abcès des parois thoraciques*, s'ouvrir dans la cavité séreuse, laisser pénétrer l'air dans la plèvre, et de l'estomac établir une communication entre la cavité de l'estomac et la plèvre. Quant aux pneumo-thorax attribués uniquement à la rupture du liquide contenu dans la plèvre, ils ont été jusqu'à présent étudiés.

L'invasion des accidents qui marquent le début du pneumo-thorax est souvent caractéristique. — Lorsqu'il y a perforation *pneumothorax*, les accidents résultent de la pleurésie subite qui survient, et de l'air dans la plèvre : *douleur* violente et subite, que j'ai vue ce n'est pas une fois, *dyspnée* extrême, *anxiété* inexprimable (Louis), et pneumo-thorax : tels sont les phénomènes observés. Une douleur qui a débuté dans ces conditions doit seule faire soupçonner l'existence du pneumo-thorax. Les signes de l'invasion ne sont pas les mêmes : la perforation est *pleuro-bronchique*, et provoquée par un empyème, leur est moins violente ou nulle, et il existe une *toux quinte* provoquée par l'irruption, dans les voies aériennes, du pus dans la plèvre, et qui est plus ou moins abondant suivant la largeur de la perforation. Barth a vu, dans l'intervalle des quintes, le patient se pencher en avant, lorsque la tête et le tronc étaient inclinés en arrière.

sont suffisants dans la plupart des cas, mais non dans tous, dans ceux par exemple dans lesquels le pneumo-thorax s'effectue sans douleur. Dans l'observation de ce genre que j'ai recueillie à Cochin, la phthisie était avancée et j'avais l'abord à une vaste caverne, mais l'extension rapide des signes amphoriques du sommet vers la base de la poitrine me fit admettre l'existence du pneumo-thorax, qui fut vérifié à l'autopsie. L'extension rapide des signes du pneumo-thorax devra donc être considérée comme un bon signe négatif d'une caverne tuberculeuse sans perforation. — L'existence d'un tympanisme thoracique en l'absence du pneumo-thorax est la cause la plus fréquente des erreurs de diagnostic. La *congestion pulmonaire*, avec exagération de la plénitude de la poitrine et faiblesse extrême du bruit respiratoire, peut facilement imposer au premier abord pour un pneumo-thorax. — La *pleurésie* s'accompagne souvent aussi d'un tympanisme sous-claviculaire qui pourrait d'ailleurs imposer pour un pneumo-thorax, que parfois le poumon, aplati et écarté par compression contre la paroi thoracique, peut être le siège de cavernes et même AMPHORQUES à l'auscultation; mais le plus souvent il y a absence des signes d'une perforation pulmonaire, et le caractère de la sonorité exagérée, ordinairement d'un timbre sec et bref au lieu d'être doux et prolongé, lèvera les doutes. — Le son tympanique qui se montre dans d'autres circonstances et notamment dans la *pneumonie* (partie du poumon envahie) est trop isolé de tout autre signe de pneumo-thorax pour faire croire à cette affection. Et cependant c'est sur des erreurs de diagnostic de ce genre qu'on s'est basé en Angleterre pour décrire un prétendu pneumo-thorax accidentel se développant dans le cours de la pneumonie.

Enfin, malgré l'invasion brusque des accès de dyspnée, malgré l'ampliation du tympanisme de la poitrine dans l'*emphysème pulmonaire*, on ne pourra pas à un pneumo-thorax, le siège de ces derniers signes existant des deux côtés, en même temps que manque tout phénomène amphorique ou toute confluence métallique.

Le siège de la perforation qui a produit le pneumo-thorax sera quelquefois indiqué par le point occupé par la douleur, et par celui où les phénomènes caractéristiques ont leur plus grande intensité. Presque toujours la perforation pulmonaire tuberculeuse a lieu vers le sommet du poumon. Quant à la lésion qui résulte le pneumo-thorax (perforation), elle a été le point de départ de discussions théoriques sur la production des bruits perçus que je n'ai pas à discuter. Mais certaines particularités de ces lésions peuvent s'annoncer par des phénomènes spéciaux pendant la vie. Suivant Stokes, le pneumo-hydro-thorax est principalement la conséquence des perforations tuberculeuses, et le pneumo-thorax dit simple serait la suite de ruptures emphysémateuses. Selon le docteur auteur (*The Dublin Journ.*, 1839), les symptômes varieraient aussi suivant la pénétration facile ou difficile de l'air par l'ouverture de la perforation. La pénétration de l'air étant facile, il n'y aurait ni exagération du son ni diminution du côté affecté; si elle était difficile, on constaterait au contraire la diminution et l'exagération d'intensité de la sonorité. — Je n'ai pas à insister, sur ce que j'ai dit précédemment, sur le diagnostic de la lésion qui donne lieu au pneumo-thorax, ni sur la forme que ce dernier présente.

Je vais rappeler plus loin les signes du défaut absolu de pénétration de l'air dans la cavité pleurale par suite de l'obturation de la fistule.

**Pronostic.** — Le pneumo-thorax peut rapidement devenir fatal ou durer plusieurs mois, suivant sa cause et suivant la marche plus ou moins lente de l'écoulement qui l'a produit, et à laquelle son pronostic est entièrement subor-



J'ai pu en réunir six autres passés inaperçus. Bientôt après la Mémoire, Géry fils (*Soc méd. d'observ.*, 1854) et Legendre même année) en ont rapporté chacun un exemple. Valleix en également dans son rapport sur mon travail (*Union méd.*, 1 Allemagne, a publié aussi sur cette question un Mémoire *import. Zeitschrift*, 1860). J'ai trouvé que la cicatrisation la fistule était favorisée par le rapprochement des deux fe soit à l'aide d'adhérences voisines de la perforation, soit par poumon contre la paroi opposée, ou bien par l'immersion de liquide de l'épanchement, où l'obturation se fait alors par une cation fibrineuse.

Cette obturation faite, tantôt ces guérisons ont été annoncées des effets locaux et des signes de la perforation; et tantôt il y a la sonorité tympanique et du bruit de succussion thoracique bruit respiratoire, et disparition des autres phénomènes amp y aurait eu exceptionnellement persistance de phénomènes am mais par consonnance, et non plus par le passage de l'air d rale. Ces faits d'observation démontrent que, la fistule pneu obturée, l'épanchement d'air peut persister, même pendant pl la guérison de la fistule : fait important parmi ceux qui vie l'opinion qu'il n'existe pas de pneumo-thorax essentiel.

**POILS.** — Les altérations des poils ou des cheveux font nombre de signes en dehors de ceux qui caractérisent les t staté que les bulbes des cheveux pouvaient être le siège d'une l'hémophilie. Dans certains cas très-rares de névralgie fo cheveux devenir plus gros, plus durs, blanchir ou tomber, du vralgie. J'ai rappelé au mot ALOPÉCIE les causes habituelle cheveux. Ils sont au contraire plus abondants et agglomérés queuse qui se dessèche, dans la plique (Voy. aussi TEIGNES).

che, à la cinquième côte en avant et à la neuvième côte en arrière. La *région diaque* comprend la portion de la poitrine qui est en rapport immédiat avec l'air. — Les régions composées, au nombre de cinq, sont celles dans lesquelles le poumon (à droite et à gauche) est superposé à d'autres organes : au-dessus de l'estomac, au cœur et aux gros vaisseaux.

Pour observer, si l'on place le doigt sur l'*extrémité inférieure du sternum* (sans doute le niveau de l'articulation sterno-xiphoïdienne), on se rend exactement au-dessous du bord inférieur du poumon droit et des limites supérieures du cœur. À droite de l'*axe vertical du sternum* se trouve le poumon tout entier, et à gauche le poumon gauche, ainsi que la portion du cœur recouverte par ce poumon. Cette portion du cœur se trouve au niveau du *quatrième cartilage du côté gauche*, et le poumon gauche au-dessus.

L'*extrémité inférieure du sternum* est comme le centre autour duquel convergent les organes. Le poumon droit est au-dessus et à droite ; le cœur au-dessus et à gauche de ce point ; pendant que le foie est au-dessous et à droite, et l'ombilic de l'estomac au-dessous et à gauche, mais à une plus grande profondeur.

La saillie légère que forme la partie supérieure du sternum indiquerait, dit Sibson, que les deux poumons viennent s'y rejoindre. Le sommet du poumon s'élève vers le cou, au-dessus de la clavicule et de l'omoplate, et correspond immédiatement au-dessous de la tête de la première côte ; il s'étend de un pouce à un pouce et demi la clavicule, lorsque l'épaule est portée en avant.

Le cœur, dans ses portions supérieure et externe, est séparé du sternum par les bords des lobes supérieur et moyen du poumon droit, et du lobe supérieur du poumon gauche. L'*Oreillette droite*, logée pour ainsi dire dans le poumon droit, s'étend à droite du sternum, derrière les cartilages costaux. Le *ventricule droit* correspond immédiatement à la moitié inférieure du sternum et aux cartilages des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> côtes gauches. Le *ventricule gauche* est situé au ventricule droit ; il correspond aux 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côtes, près de leur articulation avec les cartilages. Ce ventricule, excepté vers la pointe, est recouvert par le poumon ; tandis que la plus grande partie du ventricule droit est libre, et correspond au sternum et aux cartilages costaux depuis la partie moyenne du sternum jusqu'à la pointe du cœur et depuis le quatrième cartilage sterno-costal jusqu'aux limites inférieures de cet organe. Comme le fait remarquer avec Racle (*Traité de diagnostic*), la pointe du cœur répond au *quatrième espace intercostal*, et elle a avec le mamelon un rapport invariable ; elle bat au-dessous du mamelon et en dedans d'une verticale qui passerait par ce point. La localisation normale de la pointe du cœur est très-importante à connaître (Hind).

Les *gros vaisseaux* sont situés à côté les uns des autres, derrière la portion supérieure du sternum et les cartilages costaux voisins, mais recouverts par une couche de tissu pulmonaire, ainsi que les portions supérieures et externes du cœur. L'*aorte*, placée exactement derrière le sternum, remonte à partir de l'articulation sterno-costale de la troisième côte droite, et se porte légèrement à gauche jusqu'au voisinage de l'*extrémité supérieure du sternum*. À la base de l'aorte se trouve la *veine cave supérieure*, derrière la partie supérieure du sternum, tandis que, à gauche de l'aorte, se trouve l'*artère pulmonaire*, qui passe au-dessous d'elle au niveau du premier espace intercostal.

Plus profondément, la *trachée* s'incline à droite en avant de la colonne vertébrale, et l'aorte se place en avant de la moitié gauche de cette colonne, ce qui

2° *Moyens explorateurs.* — L'inspection fait constater les changements morphologiques extérieurs que la poitrine présente, soit dans sa configuration et dans son volume, soit dans certains mouvements fonctionnels. — La percussion révèle la position des organes, et, jusqu'à un certain point, leur genre de lésion, fournissant des résonnances variables d'intensité ou de tonalité, dans les différents points du thorax. — La palpation permet de juger de la consistance des tissus des parois thoraciques, du degré de frémissement vibratoire qui les accompagne pendant la phonation, du point précis où se fait l'impulsion du cœur, du frémissement dit cataire, de celui que produisent certains frottements pleurétiques, de la sensation de flot ou de succussion, et parfois enfin elle permet d'observer celle d'une fluctuation analogue à la fluctuation abdominale. Mais la fluctuation thoracique est rarement perçue, et seulement dans des cas d'épanchements très-abondants, chez des sujets dont les espaces intercostaux sont naturellement très-larges, ce qui tient à ce qu'on ne peut chercher à la produire au niveau d'un espace intercostal. — L'auscultation pratiquée au niveau de la poitrine a une importance diagnostique qui n'a pas besoin de commentaires. La mensuration cytométrique permet de constater le périmètre, les diamètres et en même temps la forme du contour de la poitrine ; elle fait comparer les changements qui surviennent sous ce rapport dans le cours des maladies, elle permet de suivre les modifications en plus ou en moins que subit la capacité de la poitrine. — Enfin, je ne ferai que rappeler, comme moyen exceptionnel d'exploration thoracique, les FONCTIONS EXPLORATRICES à l'aide d'un capillaire, et, comme exploration plus exceptionnelle encore, la compression des pneumo-gastriques et des grands sympathiques, signalée par le docteur Bretonneau (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, mars 1860, t. XXV, p. 419) comme devant indiquer, par la douleur que cette pression réveille, le siège de certaines affections thoraciques.

Je n'ai pas à m'occuper d'autres moyens explorateurs de la poitrine, trop connus pour être habituellement autre chose que des moyens d'investigation physique, comme les instruments de Hutchinson et Sibson, destinés à constater d'une manière précise le degré d'expansion ou de retrait des parois thoraciques pendant les mouvements respiratoires, et la quantité d'air inspiré ou expiré par les poumons (*Voy. SPIROMÉTRIE*).

Le groupement des différents moyens d'exploration de la poitrine ne doit pas être perdu de vue, du moins en ce qui concerne les moyens les plus usuels ; si on ne l'a pas présent à la pensée, on peut, le cas échéant, oublier la recherche de signes physiques importants. Cet oubli serait d'autant plus fâcheux que ces méthodes exploratrices ont chacune leur importance dans des cas particuliers. Je n'entre pas dans les détails de leur application pratique, un article spécial ayant été consacré à chacune d'elles.

Pendant je ne dois pas omettre de rappeler que J. W. Córson a signalé certaines attitudes prises par les malades comme facilitant la percussion et l'auscultation de la poitrine, en diminuant les obstacles qu'y apportent les muscles thoraciques en avant, et les omoplates, ainsi que leurs muscles, en arrière. On obtient, en effet, par des positions différentes, l'amincissement, la condensation ou la tension des muscles dans les régions explorées, et les signes obtenus en deviennent plus nets. L'auteur conseille au malade : de croiser ses membres inférieurs en arrière pour l'exploration des régions antérieures ; de croiser les bras derrière la tête, les mains les saisissant près des coudes, pour explorer la base de la poitrine ; de les croiser en avant à la hauteur des épaules et de faire un effort comme pour élever les côtes, pour examiner



naux, qu'on ne saurait les confondre ni propre ou impropre, arriver que les bruits respiratoires, pendant l'auscultation, mas-  
anomaux du cœur, si l'on n'a pas soin de faire suspendre les  
mouvements de la respiration pour écouter les bruits cardiaques.  
Cette suspension des mouvements respiratoires doit aussi être  
respiration étant accélérée, les bruits anomaux des organes  
peuvent être confondus avec les bruits respiratoires; mais, ce  
point de repère précieux dans les rapports des bruits avec  
avec les battements du poulx. L'envahissement de la cavité des  
organes abdominaux peut aussi fournir des signes qu'on attribue  
l'appareil respiratoire. Il est donc indispensable, lorsque l'on  
de ne pas négliger l'examen des organes supérieurs de l'abdomen  
permet quelquefois seul d'expliquer les phénomènes observés au  
thorax. J'ai indiqué, à propos de chaque organe, les signes  
peuvent présenter; et comme, dans l'appréciation diagnostique,  
trouvent naturellement en cause, cela suffit pour provoquer les  
articles qui leur sont consacrés.

**POLLUTION.** — Voy. PERTES SÉMINALES.

**POLYDIPSIE.** — En dehors du diabète sucré (glycosurie), on  
théoriquement qu'il existait deux sortes de diabète *non sucré*,  
dans lequel le flux excessif des urines serait primitif ou i-  
qui serait consécutif à une soif excessive nécessitant l'ingestion  
quantité de boisson, et qui constituerait la *polydipsie*. Mais  
saurait, à mon avis, être applicable à la pratique, attendu qu'il  
d'établir, au lit du malade, si la soif est réellement le point  
dents polyuriques (Voy. POLYURIE).

**POLYPES.** — Des excroissances qui portent ce nom et qui  
proliferer dans les fosses nasales, dans le pharynx, l'œsophage,  
et l'utérus, se manifestent par des tumeurs visibles ou invisibles  
nasales) non des phénomènes d'abaissement

, suivant les cas, un phénomène simplement physiologique, un symptôme, ou, suivant quelques auteurs, une maladie distincte.

Comme *phénomène physiologique*, la polyurie est accidentelle et n'a pas d'importance; mais, comme *symptôme*, elle a une tout autre valeur.

On constate d'abord comme phénomène accidentel et subit lorsque, dans le cas d'une rétention d'urine, il y a expulsion de l'obstacle qui la produit, soit l'uretère, soit dans l'urètre (ordinairement un gravier, un petit calcul). C'est surtout dans les affections comprises autrefois sous la dénomination de diabète que la polyurie joue un grand rôle. Elle était, en effet, le symptôme commun de ces affections et les avait fait considérer comme une seule et même maladie. L'examen de l'urine, qui contient ou non de la GLYCOSE, apprend facilement s'il s'agit d'un diabète vrai (GLYCOSURIE) ou d'un faux diabète, c'est-à-dire du diabète dit *non sucré* ou *insipide*.

Le diabète, appelé improprement insipide, puisque des urines contenant du sucre peuvent ne pas être sucrées au goût, comprendrait la *polydipsie*, dans laquelle, a-t-on dit, la quantité d'urine rendue est proportionnelle à la quantité de liquides ingérés, et la *polyurie*, qui serait une maladie caractérisée par l'émission habituelle d'une quantité d'urine supérieure à celle des boissons, présentant des particularités spéciales.

Cette distinction de la polydipsie et de la polyurie, établie théoriquement d'après les rapports qui existent entre la quantité des boissons ingérées et de l'eau excrétée, me paraît très-contestable. On ne tient pas compte, en effet, d'une particularité importante que l'augmentation des matériaux aqueux de ce liquide a lieu tout aussi bien par l'inhalation pulmonaire de l'humidité de l'air que par les boissons ingérées. Cette origine négligée des matériaux aqueux de l'urine ne empêche évidemment d'admettre, comme distincte de la polyurie, la polydipsie, qui ne devient dès lors qu'un symptôme commun aux différentes formes de la polyurie.

Considérée comme maladie, la polyurie présente trois formes qu'il est nécessaire de distinguer les unes des autres. — Dans l'une, il y a simplement augmentation relative de l'eau, la quantité des matériaux solides de l'urine étant la même que dans les vingt-quatre heures (*hydrurie*). — Dans une *deuxième forme*, l'abondance exagérée de l'urine, il y a une diminution notable ou même *suppression complète de l'urée* de ce liquide, ce qui a fait donner à cet état le nom de *l'anazoturie*. — Enfin la *troisième forme* est fondée, au contraire, sur l'augmentation prononcée de l'urée dans le liquide urinaire.

Les symptômes communs à ces trois formes (dont la première peut cependant être compatible avec une santé générale intacte) sont, non-seulement une augmentation plus ou moins considérable de la quantité des urines émises, mais encore la *soif*, l'*amaigrissement*, la *dépression des forces*, la *langueur*. Dans la première forme, on a observé l'*épaississement de la salive*, la *sécheresse de la gorge*, et l'émission d'une *urine peu ou point colorée*, avec *diminution notable du poids spécifique*. Dans la seconde forme (anazoturie), *douleur épigastrique*, *urine couleur paille*, presque sans odeur, et *diminution notable de l'urée*, que l'on a trouvée constituant seulement la dixième partie des matériaux solides de l'urine au lieu de la moitié. Dans la troisième forme (azoturie), l'urine est également peu colorée et presque sans odeur, mais d'une *densité relative élevée* qui tient, comme l'a démontré l'analyse chimique, à l'augmentation parfois très-considérable de la quantité d'urée.

On a vu la polyurie succéder à une véritable glycosurie, résulter de *maladies diverses*, de *lésions cérébrales* (Fritz, *Gaz. hebdom.*, 1859; W. Robertz), de



l'abcès peut devenir séreux dans l'abcès et l'abcès, qu'elle produit et qui a été quelquefois suivie de mort. Il ne faut pas oublier que des hémorrhagies peuvent survenir comme complication (Pathog. des hémorrhagies, Th. d'agrégat., 1869) rappelés rétinien (Galezowski) et des hémoptysies (Béhier) comme ayant.

**PONCTIONS EXPLORATRICES.** — On a conseillé des ponctions à l'aide d'un trocart capillaire pour connaître la nature du liquide contenu dans certaines tumeurs. On a considéré ce moyen explorateur comme sans aucun danger. Cela est vrai dans la majorité des cas ; mais il ne faut pas oublier que ces ponctions ont parfois été suivies de mort. Moissenet en a rapporté un exemple (Soc. d'hist. nat. de Paris, 1869).

Cette réserve faite, on doit reconnaître que les résultats des ponctions exploratrices sont souvent très-importants. A la tête, dans l'HYDROCEPHALE, elles permettent de distinguer l'épanchement séreux de l'épanchement sanguin (ce qui constitue les deux formes, essentielles à connaître, de cette affection) ; dans la poitrine et dans d'autres régions, elles permettent d'établir qu'il s'agit d'un abcès ou d'une collection purulente, d'une collection séreuse ou d'une collection tétanique (Voy. p. 522), ou d'une tumeur solide.

La paracentèse abdominale ou thoracique joue aussi le rôle d'exploratrice, en dévoilant la nature du liquide épanché, et, au besoin, en permettant une exploration plus complète par la ponction.

**PORRIGO.** — Ce nom est donné à une foule d'affections du cuir chevelu, et notamment à l'IMPÉTIGO et à l'ECZÉMA.

**PORTE** (Veine). — Voy. VEINES.

**POTT** (Maladie de). — Voy. RACHIS, p. 900.

**POT FÊLÉ** (Bruit de). — Ce bruit anormal de percussion aigu et rappelant le bruit du choc d'un vase fêlé, a été signalé comme signe d'excavations tuberculeuses dans la région sous-

as le cas de *pneumonie* de la base, et à la partie postérieure de la poitrine  
 et un jeune enfant de trois à quatre ans, percuté pendant l'action du *pleurer*.  
**POU.** — Voy. PARASITES.

**POULS.** — Les anciens, privés des enseignements de l'anatomie pathologique et de nos moyens de diagnostic, avaient étudié les qualités les plus subtiles des pouls, attribuant à beaucoup d'entre elles des significations hypothétiques ou nulle valeur, mais aussi ayant formulé des données d'une assez grande valeur pour la pratique. Réduite à ce qui est positivement établi, l'étude du pouls a une grande importance clinique, et la question pourrait prendre facilement des proportions considérables si je la traitais à fond, au lieu d'en signaler brièvement les particularités les plus utiles au praticien. L'emploi du sphymographe de Marey a donné une impulsion toute nouvelle à l'étude de cette question, et l'a pour ainsi dire régénérée en établissant des principes physiologiques nouveaux, qui ont été pour la pathologie l'origine féconde de données diagnostiques utiles.

Je vais traiter à part du pouls artériel et veineux.

#### **Pouls artériel.**

Les battements artériels auxquels on a donné le nom de *pouls* se perçoivent au niveau des artères que la palpation peut atteindre. C'est ordinairement, comme on sait, au niveau des radiales, au-dessus du poignet, qu'on le constate habituellement; mais, chez les malades agités, on a plus de facilité à explorer le pouls carotidien en dedans du muscle sterno-mastoidien. L'artère brachiale, axillaire, et, dans les cas exceptionnels, l'aorte ventrale, peuvent aussi être examinées. Enfin le reflux du sang dans les veines (au cou principalement) peut déterminer des pulsations (*pouls veineux*).

C'est à l'aide de la pulpe des doigts rapprochés en ligne que l'on pratique l'examen du pouls. Pour l'exploration la plus ordinaire (pouls radial), le membre du malade doit être médiocrement allongé en demi-pronation, sans aucune pression accidentelle qui puisse gêner la circulation du membre; le médecin se sert de sa main droite pour tâter le pouls du côté gauche et de sa main gauche pour celui du côté droit, de manière à pouvoir appuyer au besoin la base de la main de sa main sur la face dorsale du bras du malade, en même temps qu'il applique la pulpe de ses doigts sur l'artère au-dessus du poignet.

L'emploi de la montre à secondes pour juger de la fréquence du pouls a été quelquefois à tort critiqué. Si, pour apprécier approximativement l'état normal ou fébrile du pouls, elle n'est pas indispensable, elle le devient pour juger des changements qui surviennent du jour au lendemain dans les maladies aiguës et dans lesquelles l'aggravation ou l'amélioration ne s'annonce souvent que par une différence de quelques pulsations en plus ou en moins.

Hierordt a imaginé un instrument ingénieux à l'aide duquel on peut obtenir une représentation graphique du pouls sur le papier. Son sphymographe, d'un emploi difficile dans la pratique, a été remplacé par celui de Marey, dont on se sert généralement (Voy. SPHYMOGRAPHIE). Cet instrument fournit des résultats précieux; mais s'il a permis de rectifier de vieilles erreurs, il ne faut pas croire que les tracés qu'il fournit suppléent à toute autre étude du pouls artériel.

\* *Caractères.* — Pour bien juger des caractères du pouls morbide, il est indispensable de bien connaître le pouls de l'homme sain.

Les battements cardiaques du fœtus, qui représentent son pouls, ont été trouvés de 133 par minute en moyenne, et variant entre 108 et 160 (Jacques). Smith a recherché la fréquence de ces battements dans la première minute après la naissance sur 57 nouveau-nés (*Amer. med. Times*, 1864); mais



fréquence. Trousseau établit que le pouls des enfants a la 100 et 150, qu'il est à peu près deux fois plus fréquent que cette accélération à elle seule, à moins qu'elle ne soit que aucune valeur séméiologique, et qu'il faut tenir compte de la peau (*Journ. des conn. médico-chirurgic.*, 1841). Elle a été justifiée par les recherches modernes faites à l'aide du

On sait que le pouls bat 60 à 65 fois par minute en moyenne mais qu'il peut varier d'un certain nombre de pulsations selon les individus. Chez le vieillard, il est très-variable; lent, d'autres plus fréquent que chez l'adulte. Il est de 7. Leuret et Mitivié, et, d'après Charlton, il varie de 38 à 100

Ces particularités sont importantes à connaître pour qu'on comme pathologiques certains caractères normaux du pouls. le pouls bat 45 à 50 fois par minute, 80 ou 100 pulsations indiquent assez forte, tandis que ce dernier chiffre sera modéré pour l'habitude est de 80 ou 90. On peut surtout tenir compte de l'on connaît déjà son malade sous ce rapport, ou bien si l'on lui-même, ce qui arrive quelquefois.

Le pouls varie d'ailleurs accidentellement aussi dans toutes les circonstances. Sa fréquence est un peu plus grande chez la femme que chez l'homme; cette fréquence diminue avec l'âge; elle augmente au contraire par les mouvements horizontaux; elle augmente au contraire par les mouvements morales, sous l'influence d'un réveil subit, de l'usage des alcooliques ou des boissons excitantes. L'extension du pouls radial (Verneuil). Ces modifications doivent être rappelés, pour ne pas être confondus avec les modifications du pouls. Dans ces dernières, le pouls varie dans sa *force* (pouls fort ou faible) ou sa *consistance* (ample ou petit, dur ou mou, ou concentré), dans la *durée* des pulsations (vite, rapide

der; 2° cette fréquence est par suite la conséquence du passage plus facile du sang dans les vaisseaux, et principalement dans les capillaires. En d'autres termes : la fréquence du pouls est en raison inverse de la tension artérielle. Après ce simple énoncé, il suffit de montrer les tracés sphymographiques suivants, non-seulement pour démontrer ces principes fondamentaux, mais pour faire parfaitement comprendre les principales variations physiologiques du pouls.

**Fréquence du pouls.** — Outre l'influence du système nerveux qui peut agir sur les contractions cardiaques et en faire varier la fréquence, comme dans une émotion violente par exemple, il y a une foule d'autres causes qui dépendent du changement de résistances éprouvées par le cœur.

1. — Depuis Hales, il est démontré que le pouls s'accélère après des pertes de sang. C'est ce que

représente la figure 213, obtenus avant et après la saignée.

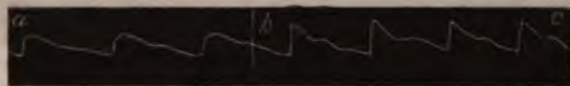


Fig. 213. — De *a* en *b*, pouls avant la saignée. De *b* en *c*, après la saignée (ascension plus franche, par suite de diminution de la tension artérielle) (Marey, fig. 40).

2. — Guy et Graves

ont prouvé que l'attitude faisait varier la fréquence du pouls, qui est plus grande dans la station debout que dans la position assise, et dans la position assise que dans le décubitus horizontal; ce qui s'explique, suivant Marey, par la circulation plus facile dans la première position par rapport à la deuxième, et dans la deuxième par rapport à la troisième, ce qui tiendrait, dans le premier cas, à ce que le poids de la colonne sanguine favorise la circulation.

3. — Des variations dans la fréquence du pouls existent suivant que l'on comprime ou

ou relâche les vaisseaux artériels, comme on le



fig. 214.

Fig. 214. — Dans la première moitié du tracé, tension élevée par suite de la compression des deux artères fémorales; cette compression a cessé dans la seconde moitié (Marey, fig. 42).

4. — La fréquence du

pouls est sous l'influence de la contraction ou du relâchement des petits vaisseaux; le froid produisant leur contraction (par l'intermédiaire du grand sympathique, comme l'a démontré Cl. Bernard) et la chaleur les relâchant, on

explique très-bien les variations exprimées par la figure 215.

5. — La figure 216

montre que le repos ou l'activité musculaire fait aussi varier le pouls.

**Force du pouls.** —

On observe les modifications

physiologiques de la fré-

quence du pouls, il existe

des variations dans

sa force, qui augmente :

— Avec le volume de l'artère explorée;

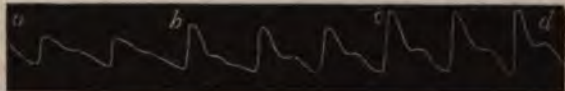


Fig. 215. — Tracés obtenus le corps étant couvert de vêtements de plus en plus chauds, ajoutés à des intervalles de vingt minutes, *ab*, *bc*, *cd* (Marey, fig. 44).



Fig. 216. — Tracé *a*, *b*, le sujet étant calme; *b*, *c*, tracé immédiatement après un exercice violent de marche ou d'ascension (Marey, fig. 47).



Fig. 218. — Première moitié : tracé d'abord normal; seconde moitié : amplitude des pulsations augmentées et élévation de la ligne d'ensemble, par suite de la compression de l'artère radiale au-dessous de l'instrument (en aval du point observé par rapport au courant sanguin) (Marey, fig. 56).

énergique au contact. Ces deux types opposés sont représentés et 220.

Ce défaut de concordance apparent entre le tracé sphyg-



Fig. 219. — Tracé du pouls dans un cas d'embolie de l'artère humérale, la radiale ne donnant aucune pulsation sous le doigt, mais le pouls étant produit par le retour du sang dans le vaisseau à travers les anastomoses collatérales (Marey, fig. 57).

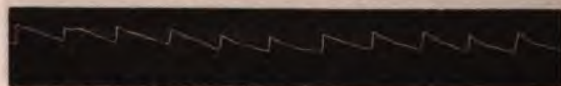


Fig. 220. — Pouls dans un cas de péricardite aiguë; pulsation ayant peu d'amplitude, quoique le battement fût très-net (Marey, fig. 58).

me graduée chez celui de la figure 219.

J'ai dit quelques mots plus haut de la défectuosité des formules mises par les anciens. Marey a tenté en vain de trouver dans les anciennes des types qu'il pourrait rapprocher de ceux que le sphygmographe. Ferrand a cependant cru trouver une concordance faite, du moins approximative, et il en a tracé un tableau ingénieux



pendant le pouls peut aussi être dicrote dans la ligne d'ascension; il est *systolique* au lieu d'être diastolique. Marey croit qu'il caractérise alors *microtisme* signalé par Bouillaud dans l'insuffisance aortique; mais d'un côté, Bamberger regarde cette forme du pouls comme caractéristique du *s veineux*. De nouvelles recherches sont donc indispensables pour que

puisse bien préciser les conditions pathologiques du pouls *dicrote systolique*. Pour définir ce qui a rap-



Fig. 221 (Marey, fig. 80).

aux pouls *dicrote* le plus ordinaire ou diastolique, je rappelle que le *renflement* est quelquefois multiple *quand le pouls est lent*, fig. 221, et aussi chez l'homme sain que chez l'homme malade.

Quant aux *conditions pathologiques* qui font varier le pouls, et à la *classification* de ses divers caractères, il faut les envisager aux points de vue du *diagnostic* ou du *pronostic*.

Les anciens considéraient certaines qualités du pouls comme l'indice d'affection de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen. On ne saurait admettre aujourd'hui de telles opinions comme légitimes. On sait qu'il n'est aucun des signes *pu* par le pouls qui soit pathognomonique; tous ont besoin d'être rattachés à d'autres données pathologiques pour avoir leur valeur. Malgré cette nécessité, l'observation du pouls n'en constitue pas moins une source de données cliniques *très* importante, car il n'est guère de malade pour lequel elle ne soit une source de renseignements utiles.

L'*état normal* du pouls indique l'absence d'une affection fébrile continue;

il est compatible avec l'apyrexie d'une fièvre intermittente simple ou perneuse dont l'accès est passé, ou consécutif à une fièvre éphémère. Joint à des douleurs vives ou à d'autres phénomènes, le pouls normal démontre que les douleurs ou ces phénomènes ne dépendent pas d'une phlegmasie de certaine intensité. C'est ce qui a lieu pour les coliques hépatique, néphrétique, etc., pour les douleurs qui accompagnent l'avortement, pour la gastralgie ou d'autres névroses, pour la méningite tuberculeuse.

La *fréquence* seule du pouls se montre dans des conditions contraires; mais elle ne se rapporte pas toujours à la fièvre, comme je l'ai dit ailleurs (p. 400). Le pouls fréquent, plein, développé, constitue la fièvre lorsqu'il coïncide avec la rougeur de la peau et surtout avec l'exagération de la chaleur, si bien précisée par la *THERMOMÉTRIE*. Indépendamment de cette chaleur exagérée, la fréquence, la *lénitude* et même la *vibrance* du pouls peuvent se rencontrer avec un état anémique (pléthore séreuse), avec une cachexie (thyroïdienne ou exophtalmique), ou une hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités. Sanders (cité par *Des poisons*, t. II) a signalé la force et la fréquence du pouls (jusqu'à 120) dans une fièvre inflammatoire par suite de l'ingestion de la digitale.

Le *ralentissement* du pouls est très-remarquable dans certains *ictères*, dans la convalescence des maladies aiguës et en particulier de la *pneumonie*, dans les empoisonnements par les *narcotiques* ou par les *narcotico-âcres*, qui le rend également irrégulier. Après l'accouchement, le pouls se ralentit et devient assez souvent irrégulier.

La *petitesse* du pouls a lieu dans une foule de maladies; aussi sa signification, cela même extrêmement variée, ne peut-elle servir à les distinguer. Très-rarement fréquent en même temps que petit, le pouls indique ordinairement une *grande* gravité de la maladie existante, s'il s'y joint d'autres symptômes. C'est

qu'il peut y avoir aucune différence entre les tracés sphymog-  
sur des sujets sains et ceux obtenus dans certaines maladies  
deux maladies différentes, l'ivresse et la fièvre typhoïde par  
donner au pouls le même caractère. Il arrive à conclure qu  
dans la forme du pouls proviennent, non d'une maladie ou d  
nous l'avons dit plus haut, mais d'une *influence toute lo*  
*l'appareil circulatoire*. Cette influence s'exprime par la  
*tension artérielle*, ou par son *augmentation*, selon Marey.

La *fièvre avec chaleur* s'accompagne d'un pouls dont le  
diminution de la tension artérielle. L'ascension est considér  
pression très-faible dans les vaisseaux, comme après un e  
L'*algidité* comprend un ensemble de symptômes opposés à ce  
chaleur. La tension ar-  
térielle est alors ex-  
trême dans les capillai-  
res, et la pression très-  
forte dans les vaisseaux,



Fig. 222. — Etat de nausée (Marey)

ce qui abaisse la ligne d'ascension à chaque diastole artériell  
est un exemple donné par Marey comme un des types du pouls

Il résulte de ce qui précède, qu'au point de vue du diagno  
physique de chacune des formes du pouls que l'on doit cher  
fait que l'emploi du sphymographe, pour obtenir le tracé  
de l'importance dans les lésions cardiaques et vasculaires, qui  
conditions matérielles des phénomènes et des actes circulatoire  
ces tracés à l'article SOUFFLES.

Indépendamment de la valeur diagnostique de ces tracés  
du cœur, il y a dans le pouls des particularités qu'il ne faut

Les modifications du rythme du pouls sont surtout observ  
tions cardiaques. Un physiologiste allemand, Weber (*Acad. d*



*égalité du pouls aux deux radiales*, qui est quelquefois une condition physiologique individuelle, peut dépendre d'une tumeur anévrysmale de l'aorte ascendante ou à l'origine de l'aorte descendante, qui gêne la pénétration du sang dans les artères secondaires du côté où elle siège. — *Le pouls cesse d'être perçu* au niveau des artères oblitérées par des embolies, ou comprimées par des tumeurs. — *Le pouls intermittent*, qui dépend de la suspension d'une systole cardiaque ou d'une systole avortée, se rencontre dans des conditions diverses, avec ou sans maladie du cœur, ordinairement dans des maladies graves, ou seulement quand il existe une grande faiblesse générale.

### Pouls veineux.

Les veines jugulaires présentent assez souvent des battements isochrones aux battements artériels, et visibles dans les espaces post-claviculaires et au-dessus, ces veines distendues forment des reliefs irréguliers. Ce pouls veineux ne se produit que par le fait d'une *insuffisance de la valvule tricuspidale*, et ne clôt pas l'orifice au moment de la systole, ce qui fait chaque fois refluer le sang dans les veines. Graves a constaté les pulsations des veines superficielles du cou chez un malade atteint de pneumonie, ce qui est un fait très-exceptionnel. Marey a vu aussi, avec Gubler et Verneuil, le pouls veineux se manifester non seulement aux jugulaires, mais encore aux membres inférieurs d'une femme, au niveau de tumeurs variqueuses qui s'y trouvaient. Marey a pu y recueillir un tracé sphygmographique qui montre que la pulsation se faisait en deux temps ou deux soulèvements : le premier faible, dû à la contraction de l'oreillette ; le second énergique, dû à celle du ventricule. Ce dicrotisme systolique a été constaté par Bamberger. Seidel et Geigel l'ont également relevé dans un fait très-intéressant de pouls veineux chez une femme de soixante-treize ans, qui présentait seulement des pulsations des jugulaires, mais encore des soulèvements isochrones du foie hypertrophié, qui descendait jusqu'à la crête iliaque. Il est vrai que l'insuffisance tricuspidale fut trouvée des plus tranchées à l'autopsie, qui montra le ventricule droit très-hypertrophié, et la veine cave tellement dilatée de l'oreillette droite qu'elle mesurait 12 centimètres de diamètre (*Arch. de méd.*, 1864). Le dicrotisme du pouls veineux offrait ceci de particulier qu'il se produisait avant la systole ou l'ascension du tracé, selon Bamberger, tandis qu'il se manifeste pendant la diastole ou sur la ligne de descente dans le pouls artériel. On a vu plus haut que la signification du dicrotisme systolique n'est pas encore établie. Nous reviendrons au mot SOUFFLES (cardiaques) sur l'insuffisance tricuspidale.

**POUMONS.** — Ces organes sont en rapport avec les parois thoraciques sur toute l'étendue des régions costales, sauf dans un point limité de la région apicale et au niveau des côtes les plus inférieures, surtout à droite. L'espace occupé à droite et à gauche par ces organes peut être diminué, soit par des accumulations de liquides dans les séreuses thoraciques, soit par le développement des organes intra-thoraciques ou des organes abdominaux refoulant le diaphragme (*Voy. POITRINE*).

Les maladies du poumon qui peuvent être diagnostiquées pendant la vie sont : la congestion, l'apoplexie pulmonaire, la pneumonie, la gangrène du poumon, l'œdème, les tubercules (phthisie), la dégénérescence lardacée ou amyloïde ; le cancer, les tumeurs hydatiques ou autres, l'emphysème vésiculaire et la perforation accidentelle de l'organe (*pneumo-thorax*). J'ai traité brièvement de ces différents états pathologiques, que je ne fais qu'énumérer.

Parmi les symptômes des maladies du poumon, la douleur qui en accompagne un certain nombre ne résulte que de l'extension de la lésion à la plèvre

desir de l'acte vénérien, constitue le symptôme de ce nom. Il s'agit, qui est une sorte de folie vénérienne chez l'homme, en ce qu'elle est locale et n'ont point, comme le satyriasis et la nymphomanie, de départ dans l'encéphale.

La recherche de la cause du priapisme est le point capital. Parmi les causes locales faciles à constater sont : la blennorrhagie, le gonorrhée, le gonococcisme de l'urètre, la balanite, l'accumulation de la matière dans le prépuce et le gland. En l'absence de ces causes, il faut chercher ailleurs. Le priapisme ne dépendrait pas d'excès vénériens, d'habitudes de la présence d'*oxyures* dans le rectum, de l'inflammation de la vessie, de l'existence d'une cystite, d'un calcul vésical, d'excès de l'usage de l'alcool, d'écarts de régime.

**PROFESSIONS.** — Quand on interroge un malade, la situation de sa profession fait parfois soupçonner qu'il peut être affecté d'une maladie, ce qui met immédiatement le praticien sur la voie du diagnostic. C'est au contraire la constatation des accidents morbides si le malade n'a pas été exposé par sa profession à des causes de maladie, et qui pourraient échapper à un interrogatoire sur sa profession.

A ces deux points de vue, il serait certainement utile de classer les professions qui sont considérées comme l'origine de divers accidents morbides. Une pareille énumération dépasserait toute limite raisonnable. On ne peut donc se contenter de rappeler celles qui pourraient ne pas l'être.

Sans vouloir établir une division complète des professions d'après leur influence, je rappellerai que leur influence s'exerce principalement sur le corps : 1° qui ont une action nuisible immédiate sur le sang en pénétrant dans l'économie par inoculation ; 2° qui pénétrant dans l'économie par des voies naturelles.

ur des mains; par le maniement des cocous de vers à soie immergés dans chaude, qui produisent une affection pustuleuse particulière (*mal de bas*). La pulvérisation du quinquina pour la fabrication du sulfate de quinine donnerait aussi une maladie cutanée, qui serait quelquefois d'une extrême é, selon Chevallier (*Acad. des sciences*, 1858).

peau fendillée ou excoriée donne passage à des *principes virulents* qui ont à redouter pour certains ouvriers. Toutes les professions qui exigent contact d'animaux qui peuvent être atteints de la *morve* ou du *sarcin*, de *stule maligne*, du *charbon*, ou la manipulation de leurs débris (peaux, poils, laines, crins), exposent à contracter ces maladies, de même que contact des corps en putréfaction, ou de leurs provenances, déterminent la *rite* ou la *lymphangite*.

nombreuses professions exposent à des maladies plus ou moins graves suite d'inhalations nuisibles ou toxiques. Un air chargé d'*huiles essentielles* essences vaporisées, d'émanations *putrides*, celles du *tabac* travaillé dans manufactures, les vapeurs de *sulfure de carbone* (qui sert à dissoudre le chou), celles provenant de la préparation de certains *produits chimiques*, l'iode et le brome, par exemple, méritent une mention particulière. — Ouvriers des manufactures de *tabac* éprouveraient, dans les premiers temps leur travail, des maux de tête, des vertiges, des insomnies, des nausées et ut de la diarrhée (Méliet, *Mém. Acad. de méd.*, 1846, t. XII). — Le *re de carbone* produit une INTOXICATION grave (Delpech). — Les fabricants *romate de potasse*, malgré les assertions contraires de Zuber et Erhmann (lixheim), sont exposés aux accidents suivants, par ordre de fréquence : 1° perforation ou destruction du cartilage de la cloison nasale; 2° ulcérations, eczéma, ulcérés des mains, éruptions eczémateuses disséminées, ulcérations rantes des articulations phalangiennes; 3° bronchites et attaques de suffo- n; 4° céphalalgies fréquentes, amaigrissement; 5° ulcères pharyngiens pou- simuler la syphilis. Ces accidents sont très-rapides (Delpech et Hillairet, *d. de méd.*, 1864). — La préparation des couleurs d'*aniline* donne aussi à la production d'accidents graves sur les organes digestifs et surtout sur système nerveux : céphalées, vertiges, puis syncopes, et exceptionnellement coma, parfois du délire et des mouvements convulsifs (Bergeron, *Acad. de l.*, 1865). — Le *phosphore* peut produire des accidents graves d'un autre e, et sur lesquels nous aurions à insister, s'il n'en avait pas été question aux mots PHOSPHORE et EMPOISONNEMENTS (*Voy.* pp. 339 et 824).

is c'est surtout par les *poussières* tenues en suspension dans l'air et péné- dans les voies respiratoires que les professions exposent fréquemment à maladies. Elles agissent tantôt d'une manière toxique par absorption, et t par irritation locale.

1° *poussières* intoxicantes, parfois invisibles, et par suite non soupçonnées, principalement métalliques. Les préparations plombiques, arsenicales, *arielles*, sont celles auxquelles il faut d'abord penser. Outre les profes- de connaissance vulgaire qui exposent à ces accidents (*Voy.* INTOXICA- ), il en est de moins connues et qu'il est utile de rappeler. Celles concer- la fabrication de la braise chimique ou du charbon de Paris, celle des vernis (ponçage des peaux), exposent à l'intoxication saturnine; le dé- age des laines et des crins, le maniement du vert arsenical ou de Schwein- à l'intoxication arsenicale, qui se manifeste dans ce dernier cas par de l'ame et des ulcérations ressemblant à celles de la syphilis (Blandet, Che- r, Follin, Vernois, etc.); le feutrage des chapeaux expose à respirer des



sur des mains; par le maniement des cocons de vers à soie immergés dans l'eau chaude, qui produisent une affection pustuleuse particulière (*mal de bas*). La pulvérisation du quinquina pour la fabrication du sulfate de quinine donnerait aussi une maladie cutanée, qui serait quelquefois d'une extrême violence, selon Chevallier (*Acad. des sciences*, 1858).

La peau fendillée ou excoriée donne passage à des *principes virulents* qui font fort à redouter pour certains ouvriers. Toutes les professions qui exigent le contact d'animaux qui peuvent être atteints de la *morve* ou du *sarcin*, de la *gale maligne*, du *charbon*, ou la manipulation de leurs débris (peaux, poils, laines, crins), exposent à contracter ces maladies, de même que le contact des corps en putréfaction, ou de leurs provenances, déterminent la *gale* ou la *lymphangite*.

Nombreuses professions exposent à des maladies plus ou moins graves suite d'inhalations nuisibles ou toxiques. Un air chargé d'*huiles essentielles*, d'essences vaporisées, d'émanations *putrides*, celles du *tabac* travaillé dans les manufactures, les vapeurs de *sulfure de carbone* (qui sert à dissoudre le caoutchouc), celles provenant de la préparation de certains *produits chimiques*, l'iode et le brome, par exemple, méritent une mention particulière. — Les ouvriers des manufactures de *tabac* éprouveraient, dans les premiers temps de leur travail, des maux de tête, des vertiges, des insomnies, des nausées et même de la diarrhée (Méliet, *Mém. Acad. de méd.*, 1846, t. XII). — Le *sulfure de carbone* produit une INTOXICATION grave (Delpech). — Les fabricants de *chromate de potasse*, malgré les assertions contraires de Zuber et Erhmann (Lixheim), sont exposés aux accidents suivants, par ordre de fréquence : 1° perforation ou destruction du cartilage de la cloison nasale; 2° ulcérations, plaies ulcérées des mains, éruptions eczémateuses disséminées, ulcérations dantes des articulations phalangiennes; 3° bronchites et attaques de suffocation; 4° céphalalgies fréquentes, amaigrissement; 5° ulcères pharyngiens pouvant simuler la syphilis. Ces accidents sont très-rapides (Delpech et Hillairet, *Mém. de méd.*, 1864). — La préparation des couleurs d'*aniline* donne aussi lieu à la production d'accidents graves sur les organes digestifs et surtout sur le système nerveux : céphalées, vertiges, puis syncopes, et exceptionnellement délire, parfois du délire et des mouvements convulsifs (Bergeron, *Acad. de méd.*, 1865). — Le *phosphore* peut produire des accidents graves d'un autre genre, et sur lesquels nous aurions à insister, s'il n'en avait pas été question dans les mots PHOSPHORE et EMPOISONNEMENTS (*Voy.* pp. 339 et 824).

C'est surtout par les *poussières* tenues en suspension dans l'air et pénétrant dans les voies respiratoires que les professions exposent fréquemment à des maladies. Elles agissent tantôt d'une manière toxique par absorption, et tantôt par irritation locale.

Les *poussières* intoxicantes, parfois invisibles, et par suite non soupçonnées, sont principalement métalliques. Les préparations plombiques, arsenicales, mercurielles, sont celles auxquelles il faut d'abord penser. Outre les professions de connaissance vulgaire qui exposent à ces accidents (*Voy.* INTOXICATIONS), il en est de moins connues et qu'il est utile de rappeler. Celles concernant la fabrication de la braise chimique ou du charbon de Paris, celle des vernis (ponçage des peaux), exposent à l'intoxication saturnine; le défilage des laines et des crins, le maniement du vert arsenical ou de Schweinfurth, l'intoxication arsenicale, qui se manifeste dans ce dernier cas par de la diarrhée et des ulcérations ressemblant à celles de la syphilis (Blandet, Chevrolat, Follin, Vernois, etc.); le feutrage des chapeaux expose à respirer des

ou à l'anus. Celui des parties génitales occupe le scrotum pudendum chez la femme, dont le vagin est quelquefois envahi par l'onanisme. Celui de l'anus (*prurigo podicis*) accom- pagné d'hémorroïdes ou des ascarides du rectum. Dans ces diffé- rents cas, on observe quelquefois une agitation et une anxiété affreuses. Comme espèce particulière très-commune le *prurigo senilis* est caractérisé par la sécheresse extrême de la peau et la fréquence d'une éruption de poux, qui ont fait dénommer alors la maladie *prurigo pavorosa* (Voy. PHTHIRIASIS).

3° *Pronostic.* — Cette affection cutanée est fâcheuse seule- ment si elle est accompagnée de prurit, et par sa fréquence opiniâtre elle rend la vie des sujets misérables et affaiblis.

**PRURIT.** — Ce symptôme se rencontre dans des conditions très-variées. Il constitue un signe fréquent d'affections cutanées, les unes des- quelles l'urticaire et l'eczéma occupent le premier rang, les autres, parmi lesquelles les syphilides se distinguent par l'alignement, les teignes, sont surtout remarquables par le prurit qui les accompagne.

La vulvite et la congestion utérine, l'otite à son début, l'ictère, les atteintes par la goutte sont aussi le siège d'un prurit localisé, qui peut devenir incommode. Le même phénomène constitue quelque- fois une éruption érythémateuse. Mais les affections dans lesquelles le prurit est un symptôme constant sont celles produites par des épizooties, ou par des entozoaires (surtout lorsqu'il existe à la fois à l'anus et au niveau des cavités nasales, le prurit a toujours précédé les accidents graves de la peste, le dépôt de larves de moustiques, qui y est effectué quelquefois pendant la nuit, dans certaines contrées (Voy. p. 768). Enfin l'ingestion de l'opium même à petites doses, détermine à la peau un prurit très-intense.

symptômes sont assez caractéristiques. Le principal est l'écoulement, en quantité variable, d'un liquide muqueux, le plus souvent limpide et transparent, au moins filant, s'effectuant par l'urètre, principalement au moment des actes de défécation, surtout s'il y a une constipation habituelle. Une sensation de chaleur dans la région rectale, des besoins fréquents d'uriner, avec sensibilité au moment de la miction, des érections morbides, et des rêves lascifs caractérisent aussi cette affection. Il en résulte que les sujets atteints sont nerveux, hypochondriaques, se croyant affectés de pertes séminales. — La prostaticite, essentiellement chronique, est due le plus souvent à l'abus des plaisirs vénériens et à l'onanisme, à la cystite chronique du col de la vessie, aux rétrécissements de l'urètre, aux diverses affections du rectum, ce qui oblige à un examen de cet organe pour établir le diagnostic. — Il est probable que la prostaticite au siège d'un travail inflammatoire, car il n'est pas rare de la trouver au moins tuméfiée et indurée sur le vivant.

On appelle ces données fournies par l'observation, parce qu'il n'est pas rare de confondre la prostatorrhée avec les différentes formes d'urétrite, avec la prostatorrhée et la cystite chronique. — Il n'y a qu'une forme d'urétrite, la prostatorrhée, que l'on pourrait prendre pour la prostatorrhée; mais il suffira, pour éviter l'erreur, de tenir compte de l'aspect du liquide, opaque et jaunâtre dans le premier cas, et transparent dans le second. — L'examen microscopique, constatant l'absence des spermatozoïdes dans le liquide évacué, est une excellente preuve qu'il ne s'agit pas d'une spermatorrhée. Mais il ne faut pas oublier que les spermatozoïdes peuvent se montrer dans le mucus de la prostatorrhée dans les cas de défécation difficile, la pression exercée sur les vésicules séminales par les fèces durcies, en même temps que sur la prostate, pouvant chasser l'urètre du fluide séminal et des animalcules spermatiques (Voy. PERTES SEMINALES, p. 804), qui se mélangent au mucus, comme j'en ai vu un exemple. Quant à la cystite chronique, ses signes sont tellement différents de ceux de l'urétrite qui m'occupe, qu'il faudrait une extrême inattention pour prendre ces deux maladies l'une pour l'autre. Qu'on n'oublie pas cependant qu'elles peuvent coexister ensemble, la cystite agissant comme cause.

La prostatorrhée est une affection bénigne, mais souvent très-prolongée, même même, et alors très-pénible par les désordres psychiques qu'elle entraîne.

**PROSTRATION.** — Voy. ABATTEMENT.

**SPERMATOZOAIRES.** — Voy. PARASITES.

**TUBERCULE.** — Voy. ENCÉPHALE.

**PRURIGO.** — 1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic.* — Des papules discrètes, isolées, naissant ordinairement à la partie postérieure du tronc et à la face externe des membres, et des démangeaisons parfois intolérables surtout le soir et la nuit, sont les premiers signes de l'affection; mais bientôt le grattage déchire le tégument des papules, où se coagule et se dessèche une petite gouttelette de sang, la distribution irrégulière sur la peau et les éraillures de l'épiderme par les ongles constituent encore les traces de la maladie, même lorsque les papules ont disparu. — La marche de cette affection est ordinairement chronique, et elle est très-rebelle. Il y a des exacerbations parfois très-vives, avec de l'agitation, de l'insomnie, et même de la fièvre.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic du prurigo ne présente pas de difficultés lorsqu'il est simple, et lorsqu'on le rencontre dans ses conditions habituelles : chez des individus qui se trouvent habituellement dans de mauvaises conditions hygiéniques d'habitation ou d'alimentation, dans la malpro-



es auteurs que cette affection, essentiellement aiguë, appelée aussi *faux croup*, *angine striduleuse*, *laryngite spasmodique*, n'est qu'une inflammation superficielle ou une congestion de la muqueuse laryngienne, donnant lieu à des accès de suffocation plus ou moins effrayants, qui différencient cette maladie de la laryngite aiguë simple.

*Éléments du diagnostic.* — Le pseudo-croup se déclare par un accès subit pendant le plus souvent la nuit (Wichmann, Guersant) et réveillant l'enfant en sursaut. — L'accès est caractérisé par une *toux* particulière, plus ou moins rauque, forte, sonore, rauque, parfois avec un *cri particulier* comparé aux jurements d'un jeune chien; une *respiration* rapide, pénible, avec inspiration sifflante, rauque et sonore en même temps, et que l'on a comparée au cri du chat; une *expectoration* à peu près nulle; une *voix* altérée, enrrouée, déchirée, à peine complètement abolie. En même temps l'anxiété est grande; la face, très violacée, a une expression de terreur; rarement il y a de la fièvre ou de petites convulsions. Dans les intervalles des accès, la face pâlit, l'anxiété disparaît ou diminue, la toux est moins sèche, et tous les symptômes locaux sont atténués. — Si les accès se répètent les nuits suivantes, ils vont en s'atténuant.

*Inductions diagnostiques.* — La question principale du diagnostic, c'est de ne pas confondre cette maladie avec le véritable croup. On ne saurait méconnaître le croup s'il y avait une vraie expectoration de fausses membranes; mais en l'absence de ce signe, on se rappellera que les symptômes du croup sont plus graves avant le premier accès (qui survient aussi bien le jour que la nuit), que les symptômes restent inquiétants dans les intervalles des accès, que la voix est alors très-altérée, éteinte, et qu'il y a engorgement des ganglions lymphatiques; tandis que, dans le pseudo-croup, l'invasion est subite ou inattendue, ou bien précédée seulement, comme antécédent, de coryza ou d'enrouement. L'existence antérieure d'autres attaques de la même maladie, heureusement terminée, viendra indirectement en aide au diagnostic, que confirmera la marche essentiellement aiguë et décroissante, ainsi que la terminaison favorable de l'affection.

Le pseudo-croup ainsi compris a été confondu fréquemment avec le spasme de la glotte (principalement par les auteurs anglais); la confusion pourrait encore avoir lieu avec la laryngite simple, mais plus difficilement avec l'œdème de la glotte, la coqueluche, le catarrhe suffocant (bronchite capillaire).

Le spasme de la glotte, qui survient dans l'éclampsie des enfants, s'observe au cours d'une affection convulsive, et la suffocation qui en résulte est essentiellement passagère. — Les caractères différentiels du pseudo-croup avec la laryngite aiguë intense ne sont pas parfaitement tranchés, l'inflammation du même organe ayant lieu de part et d'autre; il n'y a ici que des nuances dont la sagacité du médecin saura tirer parti suivant les cas. — Le pseudo-croup, surtout de l'enfance, ne saurait être confondu avec l'œdème de la glotte, qui attaque guère que les adultes, et dont les symptômes restent d'ailleurs intenses entre les accès de suffocation; de plus, la voix est très-altérée, ce qui n'arrive pas dans l'angine striduleuse. — Les accès de toux si caractéristiques de la coqueluche, la dyspnée continue et les râles si abondants à l'auscultation que l'on constate dans le catarrhe suffocant (bronchite capillaire généralisée) ne feront certainement de prendre ces deux affections pour un pseudo-croup réciproquement.

*Pronostic.* — Il est toujours favorable, à moins qu'il ne survienne comme complication un spasme de la glotte, ce qui a été observé. Les attaques, d'ail-



et que sa surface est quelquefois *luisante*, et d'un rouge so rappelle la teinte des syphilides. Avec le temps, la *peau s'ép* psoriasis, se gerce et devient le siège de *fentes*, de véritable auprès des articulations. Avec cette affection, la santé gém ment parfaite, et, suivant Devergie, il y aurait *absence cor* geaisons, sauf dans les cas de complications. Ce serait mêm caractère diagnostique important de la maladie ; mais, suiva traire, la cuisson et les démangeaisons seraient des caractèr riasis. Il faudrait donc admettre qu'il y a ou non, indiffère cette maladie. *Les coudes et les genoux* sont les points du co tre le plus souvent l'éruption, et il est rare qu'elle se trouve existe aux genoux et aux coudes, par où elle débute ord

Les variétés admises, suivant la forme ou le siège de l'é breuses ; mais au point de vue du diagnostic elles n'ont qu' portance.

Il est rare que cette affection soit aiguë à son début ; mais début, sa marche est ensuite essentiellement chronique e l'éruption peut persister toute la vie. Aussi, en cas de gué sont-elles infaillibles, même après plusieurs années. — Le de boissons *alcooliques*, les *émotions* morales vives, etc. comme les principales causes occasionnelles de la maladie.

Les caractères que j'ai rappelés en commençant suffisent faire reconnaître le psoriasis. Dans certains cas cependant présenter des difficultés. C'est en rapprochant des caractères des maladies cutanées qui peuvent avoir une certaine anal (SQUAMES), telles que l'eczéma squameux, le pityriasis, le li ciné, que l'on pourra se prononcer au lit du malade. L'étud symptômes et de la marche antérieure de la maladie sera ég surtout sur ces données que l'on devra se fonder pour dé

présente comme une affection complexe dans ses manifestations anatomiques, considérées comme primitives ou secondaires suivant l'idée que l'on se fait de sa nature. La remarquable discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, en 1858, a démontré la diversité des opinions à ce sujet. Mais au point où je me place, je n'ai pas à discuter la valeur des doctrines diverses. La fièvre puerpérale a été le point de départ. Je n'ai qu'à me servir des données pratiques utiles au diagnostic.

**Éléments du diagnostic.** — Un *frisson intense et prolongé* ou une *série de frissons* irréguliers marquent ordinairement le début, dans les deux premiers jours qui suivent l'accouchement, et exceptionnellement pendant l'accouchement même. Après le frisson : chaleur sèche de la peau, puis moiteur visqueuse, surtout à la face, qui est pâle, altérée; pouls petit, concentré, pendant le frisson, tantôt devenant large, dépressible, tantôt se maintenant très-faible, toujours fréquent, de 110 à 140 ou 150 pulsations; *céphalalgie* immédiatement après le frisson, ou ne survenant que deux ou trois jours plus tard; *excitation* très-grande; *facultés intellectuelles* dans un état variable; *stupeur*, *obscure* de l'intelligence, rêvasseries, *délire* tranquille ou furieux, *agitation* extrême, vociférations, mouvements *convulsifs*. Du côté de l'abdomen, signes d'*éritrite* partielle ou générale (douleur, vomissements, météorisme); ou, s'ils font défaut, la douleur se fixe dans les aines, vers les ovaires ou les points larges, ou dans les profondeurs du bassin vers l'utérus, ou dans les reins. L'*anorexie* est complète, la *soif* vive : langue d'abord blanchâtre, puis sèche, dure, noirâtre, dents fuligineuses, et, dans les cas les plus graves, selles sèches et *pulvérulentes*. Il y a de la *constipation* ou de la *diarrhée*, selles en général fétides, et parfois du *ténésme*, suivant Bidault et Arnould (Ann. méd., 1845). La *respiration* est tantôt normale et tantôt accélérée, à 40, et plus, anxieuse et courte, ce qui provient des douleurs abdominales, de la congestion pulmonaire ou d'autres complications thoraciques. Les *lochies* se suppriment le plus souvent, mais quelquefois elles persistent ou même augmentent d'abondance, comme le prouvent les recherches modernes, sans que tous il y ait un rapport direct entre les modifications des lochies et l'intensité de la maladie; il en est absolument de même de la *sécrétion laiteuse*. Il y a souvent *dysurie* et parfois *rétention d'urine* (ce qui peut tenir à la contusion du canal de l'urètre au moment de l'accouchement); l'*urine* est d'ailleurs très-colorée, trouble, sédimenteuse et quelquefois même purulente. L'évolution des symptômes n'est pas uniforme pendant toute la durée de la maladie. Au début, ou dans une première période, se remarquent les frissons, céphalalgie, les symptômes violents du côté du cerveau, les douleurs de ventre, les vomissements, etc.; plus tard, dans une seconde période, dite de *apsus*, les douleurs deviennent plus obtuses ou cessent complètement, l'agitation est remplacée par une prostration profonde, le coma, le petitesses du lait; les selles sont fétides, involontaires.

**Inductions diagnostiques.** — Parmi ces différents éléments de diagnostic il en est deux, accouchement récent et épidémie régnante de fièvre puerpérale, dont la connaissance suffit pour donner l'éveil au médecin, et par suite leur valeur aux premiers symptômes de fièvre puerpérale qu'il observe. Un frisson intense, prolongé ou répété du début a surtout une grande importance; mais il faut se garder de le confondre avec le frisson qui suit immédiatement l'accouchement et qui est un trouble nerveux passager, après lequel tout rentre graduellement dans l'ordre, tandis que le frisson de la fièvre puerpérale, qui se montre d'ailleurs plus tard dans la plupart des cas,

d'embarras qu'au début, car les symptômes qui annoncent la fièvre dessinent bientôt plus nettement. Charpentier (*Thèse*, 1863) sur le diagnostic de la fièvre puerpérale avec la fièvre de lait, la *fièvre traumatique* qui peut se montrer après l'accouchement accompagne la *rétention d'urine*, comme des causes d'erreurs nécessaires à signaler. Dans tous les cas, l'élévation de la température, et celle du pouls, sont en raison de l'intensité de la fièvre; le thermomètre peut indiquer 40 et 41 degrés. Toute accouchée en dehors de la fièvre de lait, doit mettre en éveil, car Blot a vu des poulx des accouchées subissaient fréquemment un ralentissement ou moins longtemps (*Acad. de méd.*, juillet 1863).

Il ne peut y avoir de doutes sur l'existence de la maladie dans des cas où elle s'annonce par un frisson intense ou prolongé, l'abattement, de la soif, la sécheresse de la langue et des douleurs. Cependant le médecin doit chercher à réunir toutes les données qui peuvent fournir la maladie.

On doit tenir compte, par exemple, de la marche rapide de la fièvre. Elle varie suivant qu'elle se termine par la mort ou la guérison. Dans le premier cas, en effet, sa durée n'est quelquefois que de quelques jours; au milieu de symptômes presque foudroyants, la respiration s'arrête, le coup, la face devient violacée et il se montre des signes d'asphyxie; souvent la mort n'arrive que du troisième jour au huitième. Elle survient rapidement lorsque la maladie est d'une médiocre intensité, qu'elle est plus grave, deux, trois semaines et plus sont nécessaires. Les observateurs ont cru remarquer que la fièvre puerpérale avait une marche régulière; mais les faits de cette espèce ne sont pas très nombreux, comme l'a fait remarquer Voillemier, le retour des frissons n'est rien de régulier.

Outre la circonstance d'un accouchement tout récent, et

en vertu de laquelle la fièvre puerpérale aurait été contractée l'accouchement, pendant la grossesse, ou même en dehors certains observateurs. Il est difficile de comprendre que, dans les maternités qui a eu lieu en 1866 à la Société de chirurgie, l'existence de la contagion, dont la réalité est d'observer qui, sans être la seule cause, est une des principales.

ble des données qui rend le diagnostic habituellement facile, qu'une *péritonite*, une *métrite*, ou une autre inflammation de l'utérus, peut simuler une fièvre puerpérale, ou en être la cause. Pour Béhier, en effet, qui a fait des recherches persévérantes sur les maladies des femmes en couches (*Clinique médicale*, 1864), la fièvre puerpérale, et se propagerait au début de la fièvre puerpérale, et se propagerait au siège des premiers accidents phlegmasiques étant presque toujours de l'utérus. Aussi Béhier n'admet-il pas la fièvre puerpérale. Pour ceux qui la croient réelle, la certitude qu'il n'existe pas de fièvre puerpérale, et la probabilité que le fait observé n'en est qu'un exemple, sont les seules circonstances qui peuvent faire que n'a affaire qu'à de simples inflammations locales; car si ces inflammations accompagnent de fièvre, elles simulent complètement la maladie que l'on croit être un argument invoqué par Béhier et par ceux qui, comme lui, croient que la fièvre puerpérale a toujours pour point de départ une

ner la forme qu'affecte la fièvre puerpérale, il faut savoir que nombreuses, mais qu'elles sont loin d'avoir toutes une égale importance pour le diagnostic. Outre la forme *intermittente*, si elle existe réellement, dont il a été question plus haut, on a admis la fièvre puerpérale *spontanée* (survenant d'emblée par des symptômes d'accouchement) et *secondaire*, ou survenant pendant la fièvre de l'accouchement. Mais les formes qui donnent à la maladie une physionomie vraie sont les deux suivantes, admises par la plupart des observateurs : la *inflammatoire*, remarquable par l'intensité de la fièvre et des symptômes locaux, et la forme *typhoïde*, qui se distingue par la prostration, la sécheresse de la langue, l'enduit fuligineux des dents, etc. Ces deux formes se succèdent chez le même sujet. Enfin Paul Dubois (*Acad. de médecine*, 1858) a ajouté à ces deux formes celle qu'il appelle *muqueuse*, qui n'est autre chose que la maladie compliquée d'embarras

de l'opinion que l'on adopte au sujet des lésions anatomiques, et tant d'en tenir compte dans le diagnostic de la fièvre puerpérale. Dans les cas rares où il n'existe pas de lésions, ce qui se remarque, c'est que la mort survient très-rapidement, il en est qu'il est impossible de prolonger la vie. Tels sont l'inflammation ou la gangrène de la paroi de l'utérus, les abcès peu volumineux de l'intérieur de cet organe, les abcès larges, des trompes, des ovaires, ou dans la profondeur de la paroi de l'utérus, la phlébite ou la lymphangite internes; mais il y a d'autres lésions qui peuvent reconnaître l'existence. — Telle est d'abord la *péritonite*, qui peut être la cause de la fièvre puerpérale comme une simple péritonite aggravée. — Telle est la *gangrène*, qui peut se développer dans le tissu de l'utérus, et donner une situation grave, mais qu'on ne songe guère à constater, en raison de la sensibilité extrême des parties sexuelles à la douleur. — L'utérus étant volumineux au-dessus du pubis dans

la cavité, en part, par la palpation et la péjoration de cette inflammation si elle atteint l'ovaire. Le plus, suivant Botrel, des signes est le signe de la *leucorrhée utérine*. Les catarrhes, en dans leur intérieur, des signes à la respiration pendant qu'à la fièvre qu'on remarque que les symptômes graves de l'ovaire est une respiration de même (Voy. P. de l'ovaire qui, dans un petit nombre de cas, la fièvre purpurale ne s'accompagne pas de la fièvre de l'ovaire, et qu'il y a toujours la que dans les vives utérines coïncide avec la fièvre de l'ovaire, et que la fièvre de l'ovaire est un bon signe de la présence de la fièvre.

Quant à la connaissance de nos connaissances sur la fièvre puerpérale, on ne s'aperçoit pas que nous d'augmenter parmi les médecins. Mais il ne faut avoir de doutes pour rien. Nous ne l'avons pas dit, pour les hémorrhagies dans les autres fièvres graves; pour ce qui est de la mort, on se termine par une gangrène, ce qui a été signalée par les médecins secondaires, qui démontrent la nature de cette maladie comme un de ses caractères. On ne saurait trop insister. Tels sont les symptômes (parfois ulcéreuse), la méningite et les phlegmons du tissu conjonctif des parois abdominales, la fosse iliaque, qui se voit sur ses gardes à cet égard, et la fièvre, au plus que celle de l'urine qui peut être accompagnée parfois, sous forme épidémique, dans les maternités, comme si ces affectations étaient d'une même cause. Quant à la question de la fièvre, elle sera difficile, car les symptômes des symptômes cérébraux et nerveux de la fièvre sont aussi, comme complications, les mêmes, comme celles qui ont été signalées.

Le pronostic de cette maladie, et sa gravité varie suivant une foule de circonstances, celle des lésions concomitantes, la situation des femmes en couches dans le premier des cas mortels dans lesquels les accidents se produisent; la mort peut même survenir sans que la mort subite dans l'état puerpéral (*Mort subite*) ce point des faits nombreux et très graves, respiratoires, de la circulation, les ruptures du cœur et des gros vaisseaux, l'introduction des causes les plus ordinaires. La terminaison, quoiqu'elle soit rapide encore, s'annonce par une rougeur de la face, des petits mouve-



nières (Võillemier), un coma de plus en plus profond, une chute croissante forces, l'obtusion extrême ou la disparition des douleurs, la petitesse pro-  
cée ou l'insensibilité du pouls, le refroidissement des extrémités et la fétidité  
me des selles. Les mauvaises conditions hygiéniques et l'encombrement  
neurent manifestement la mortalité.

ans les cas de guérison dont il a été déjà question précédemment, on voit  
sister une faiblesse notable plus ou moins longtemps pendant et après la  
ralescence, ainsi que des lésions locales, qui peuvent constituer des affec-  
s chroniques consécutives dont la guérison n'est pas toujours complète.

**ULMONAIRES** (Régions). — *Voy. POITRINE.*

**PULSATIONS.** — Il a été question des pulsations du cœur ou des vais-  
x aux mots CŒUR, ANÉVRYSMES, POULS, BATTEMENTS, TUMEURS. Je ne veux  
eler ici que les pulsations qui se produisent dans des régions insolites où  
n'en rencontre pas habituellement, et qui méritent une attention parti-  
re.

es pulsations, qui peuvent être d'un intensité considérable, s'observent assez  
ent à l'épigastre, sans qu'il y ait de lésion anévrysmales, malgré l'énergie  
battements épigastriques, chez des sujets nerveux et principalement chez les  
nes anémiques ou atteintes de *gastralgie*. Lorsqu'il existe, en même temps  
des pulsations épigastriques, une tumeur soulevée par ces battements arté-  
, on peut commettre fréquemment des erreurs de diagnostic. Souvent alors,  
ant le docteur Parry, les pulsations sont dues à une accumulation de matiè-  
écales dans le côlon, qui est soulevé à chaque pulsation de l'aorte : un pur-  
énergique est un excellent moyen de diagnostic en pareille circonstance,  
uisant disparaître la tumeur et les battements du jour au lendemain. Mais  
tres tumeurs constituées par le pancréas, un cancer du pylore ou toute  
induration organique située au voisinage de l'aorte ou d'une de ses bran-  
principales, peuvent présenter aussi à leur niveau les battements abdomi-  
qui simulent encore bien mieux des anévrysmes que des battements sim-  
ment nerveux. L'ensemble des signes de l'affection permettra seul de lever  
toutes.

es battements moins limités, isochrones à ceux du cœur, peuvent s'observer  
iveau de toute la partie antérieure d'un des côtés de la poitrine comme  
cidence et au niveau d'une *pneumonie*. Graves a rapporté un fait de cette  
ce (*Dublin journ.*, n° 16, et *Arch. de méd.*, 1834, t. VI, p. 556). L'au-  
anglais compare ici le poumon (qui n'était qu'engoué) aux tumeurs fon-  
es ou cérébriformes qui sont le siège de battements comme anévrysmatiques;  
lmet d'ailleurs que le cœur est violemment excité, de même que dans  
uns faits dans lesquels les *veines du dos de la main* sont le siège de pul-  
s distinctes, comme il l'a chez un malade atteint également de pneu-  
ie. — On rencontre quelquefois aussi des pulsations thoraciques dans  
uns *empyèmes* dits pulsatiles (*Voy.* p. 847). — Enfin Seidel et Geigel ont  
e foie hypertrophié et soulevé à chaque systole du cœur, par suite d'une in-  
sance tricuspide considérable avec distension de la veine cave supérieure  
y. POULS veineux); il n'y avait pas d'anévrysme artériel.

es pulsations, au lieu d'être localisées, peuvent être *généralement très-exa-  
ies* au niveau du cœur, des artères du cou, des membres et même de l'épigastre,  
dans des maladies du cœur, et principalement dans l'*insuffisance aortique*,  
comme un des signes principaux de la cachexie exophthalmique ou thyroi-  
me (*Voy. BATTEMENTS, ANÉVRYSMES, CŒUR, POULS*).

**UNAISIE.** — *Voy. OZÈNE.*

l'objet de travaux assez nombreux de la part des dermatologues. Une bonne thèse de Bucquoy (1855). Graves a décrit (*Clin. méd.*) le nom d'*exanthème hémorrhagique* une variété de purpura qui ne mérite pas d'être distinguée par une distinction particulière.

A l'état aigu, le purpura se montre au milieu des plus belles et de la santé, quelquefois d'une manière brusque. Il est précédé de frissons fébriles légers ou d'une véritable fièvre semblable à celle des fièvres éruptives, puis il se caractérise par des taches parasites, d'abord inférieures, puis sur les autres parties du corps et même sur la face, taches, noires, violacées ou pourprées, qui ne dépassent guère l'extrémité du petit doigt, ne changent pas de couleur à la pression, quelquefois précédées de rougeurs papuleuses, et d'autres fois elles se soulèvent en bulles ; elles peuvent être mêlées de vésicules et leur résolution, qui se fait habituellement en dix ou quinze jours, se caractérise par les mêmes changements de colorations que si elles étaient superficielles extérieures. Des hémorrhagies par d'autres voies se produisent quelquefois, mais non toujours, ce qui a motivé la distinction du purpura simple ou hémorrhagique, distinction inutile, selon la remarque de Bucquoy, puisque toujours la maladie est essentiellement hémorrhagique. Le pouls perd ordinairement sa fréquence après l'apparition de la maladie, mais il la garde ensuite sa fréquence ou présente des exacerbations, quelquefois avec de nouvelles éruptions ou de nouvelles hémorrhagies.

La fièvre au début, les taches, et parfois d'autres hémorrhagies sont des caractères distinctifs bien suffisants pour faire reconnaître la maladie. Elle s'accompagne quelquefois de douleurs très-vives dans les membres, d'œdème plus ou moins rapide, et enfin de troubles divers. Les douleurs sont dues, dans certains cas, à des épaisissements dans les muscles ou les articulations. Gignoux (de Lyon) a signalé les articulations comme un signe précurseur de l'éruption dans

les capillaires avoisinant les taches affectés de dégénération lardacée oïde). Cette observation unique laisse encore indécise la question de savoir si les taches de purpura sont dues à une altération des capillaires, comme le docteur Touchard est disposé à le croire.

Le pronostic du purpura n'est grave par lui-même qu'en raison des hémorrhagies qui l'accompagnent, et des conséquences de l'anémie profonde qui peut sulter.

**JS.** — Le pus, considéré en masse, est un liquide sans analogue dans l'état résultant de l'inflammation, et variant d'aspect suivant les organes qui le contiennent. Cette vieille définition du pus peut suffire à la rigueur pour l'étude des faits cliniques; mais elle n'apprend rien sur la composition intime du pus, sur sa formation, ce qu'il faut demander au microscope. Malheureusement nous ne touchons pas encore à une solution satisfaisante de cette double question de la composition et d'étiologie.

Les premières recherches histologiques, se basant à tort sur cet *à priori* que le liquide différent de l'économie devait avoir son élément particulier, ont d'abord admis l'existence de corpuscules propres au pus, comme au mucus, au suc cancéreux, etc. Mais bientôt on assimila les prétendus globules du pus aux leucocytes ou globules blancs du sang, attendu que, de part et d'autre, les caractères microscopiques et ceux fournis par l'analyse chimique étaient identiques. Cette assimilation est aujourd'hui généralement admise, et on n'a pu jusqu'ici expliquer que les leucocytes dans l'état physiologique, ou dans la leucocythémie pathologique, puissent abonder dans le sang et y être parfaitement tolérés, tandis que la pénétration d'une petite quantité de leucocytes dans les vaisseaux produit, quoi qu'en dise Virchow, des accidents formidables (*Voy. PYÉMIE*). Il y a donc autre chose que le globule blanc du sang dans le pus, comme élément *fondamental*. Quoi qu'il en soit, d'où vient le pus? D'où vient le pus dans la partie enflammée? Dès 1846, Waller établit, après de nombreuses expérimentations, que le pus provenait de l'extravasation des globules blancs du sang hors des capillaires, et non de sa formation dans un blastème inflammatoire. On a mis en avant, pour expliquer la formation du pus, sa théorie cellulaire, d'après laquelle le pus et les autres produits de l'inflammation n'étaient que la dégradation de cellules préexistantes dans la partie affectée. Cohnheim admet, comme Waller, que les globules blancs du sang, pour former le pus, traversent

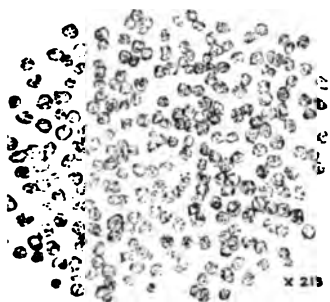


Fig. 223. — Globules de pus (L. Beale).  
Grossissement : 215 diamètres.

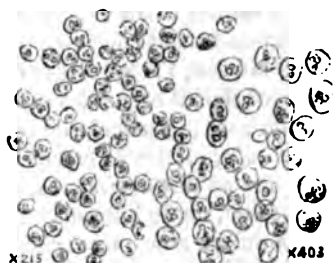


Fig. 224. — Leucocytes traités par l'acide acétique (L. Beale). Grossissement 400 diamètres.

les parois des capillaires, dont il aurait vu sortir les leucocytes par des stomates. Les mouvements amiboïdes de ces corpuscules, en leur permettant de s'allonger, de s'étirer en expansions sarcodiques, faciliteraient leur pénétration

Fig. 225. — Cor-  
puscules de pus  
altérés.

Fig. 226. — Les  
mêmes traités  
par l'acide acé-  
tique.

Fig. 227. — Formation  
des globules de pus.

Fig.  
p  
1

que Beale croyait provenir de la prolifération de tous les tissus  
semblance complète des globules du pus, fig. 223, et des leu-



Fig. 229. — Pus commençant à subir la régression graisseuse). — *a*, métamorphose commençante. *b*, cellule contenant des globules graisseux. *c*, globules graisseux matures). *d*, décomposition du globule. *e*, émulsion. Grossissement : 350 diamètres (Virchow, *Pathologie*

La figure 229, empruntée à Virchow (*Pathologie cellulaire*)  
lules pyoïdes qui, dans la théorie, subissent sa régression o  
graisseuse.

Je ne rappellerai pas toute les conditions dans lesquelles on  
Sa formation ou sa présence au sein des organes fait partie  
ABCÈS, de toutes les *maladies inflammatoires* qui se termi  
ration, et de celles qui se compliquent d'infection purulente d  
comme certaines PHLÉBITES et la fièvre PUERPÉRALE. Sa cons  
produits excrétés éclaire souvent le diagnostic, surtout s'il es  
éléments organiques qui en révèlent l'origine anatomique. La  
en certaine quantité dans l'urine est le principal signe de la p  
CRACHATS, p. 252, et URINES).

**PUSTULES, PUSTULEUSES** (Maladies). — Les pus  
des petites saillies cutanées à base rouge et enflammées et à s

Les Willanistes ont considéré comme formant la classe des  
leuses de la peau, l'ACNÉ, l'ECTHYMA, l'IMPÉTIGO, les pustules  
du PORRIGO. Mais il existe des pustules comme signes de plusi  
tions. Elles sont la particularité principale de l'éruption vario

elle participe ordinairement aussi le rein lui-même (*pyélo-néphrite*). C'est une maladie complexe comme la plupart de celles des organes urinaires.

**Éléments du diagnostic.** — Les symptômes qui permettent de reconnaître l'existence de la pyélite ou pyélo-néphrite pendant la vie, sont une *douleur médiocre* vers la région rénale, et la présence de *mucus* et de *pus* dans l'urine. A ces signes se joignent ordinairement, soit comme antécédents, soit comme signes actuels, ceux qui dénotent la présence de *calculs* dans les voies urinaires de l'urine, et parfois quelques symptômes généraux fébriles lorsque la pyélite est aiguë.

**Inductions diagnostiques.** — La présence simultanée du mucus et du pus dans le liquide urinaire est le signe le plus important de la pyélite. Le pus, par le refroidissement, apparaît dans l'urine sous la forme de petits flocons comme cotonneux, qui se déposent plus tard au fond du vase; l'urine est lente, blanchâtre et trouble, laisse déposer, par le repos, un sédiment blanc lent d'un blanc de lait ou d'un blanc légèrement verdâtre, principalement composé de pus et de sels précipités de l'urine (*Voy. URINES*).

Il n'est donc pas difficile de constater la présence du pus dans le liquide urinaire. Mais ce qu'il importe en même temps, c'est d'attribuer à l'inflammation du bassinet ou à la pyélite le pus ou le muco-pus contenu dans l'urine, et distinguer de celui que peuvent fournir les autres points des voies urinaires. S'il existe au niveau du rein des douleurs qui indiquent que là est le siège de l'affection, si l'on ne constate pas d'affection vésicale ou urétrale, ou l'existence d'un abcès voisin des voies urinaires et qui ait pu s'ouvrir dans le bassinet, on devra assigner au rein, ou du moins aux calices ou au bassinet la partent, l'origine du pus. Mais il s'en faut qu'il soit toujours facile de déterminer des conditions que je viens de rappeler, et qui manquent quelquefois. Il ne se fait pas d'ailleurs que la seule présence du pus dans l'urine excite la douleur, multiplie les envies d'uriner et les rende douloureuses, ce qui, en l'absence de signes du côté des reins, pourrait faire croire à une simple cystite. Pour déterminer l'origine anatomique du pus, on a bien prétendu que le pus des reins s'écoulait après l'urine, et que celui fourni par la vessie était mélangé à une urine glaireuse et visqueuse. Mais Rayet conclut des faits qu'il a observés en grand nombre : 1° que le pus est rendu mélangé à l'urine et en grande abondance à la fin de son émission, qu'il provienne de la vessie, de l'uretère ou du bassinet; 2° que le pus vésical n'est pas constamment dans une urine visqueuse, et que cette viscosité peut être donnée au pus rénal lui-même à un certain degré d'alcalinité de l'urine.

Donc on n'avait pour formuler le diagnostic que le fait de la présence du pus dans l'urine, les difficultés seraient grandes; heureusement on peut le plus aisément se baser sur d'autres données.

La pyélite, en effet, n'est jamais simple; c'est une maladie essentiellement complexe, et l'on trouve dans les signes fournis par les lésions qui en sont la cause des données complémentaires de diagnostic de la plus grande valeur. Les signes sont presque toujours dus à la présence d'un calcul arrêté vers l'orifice de l'uretère. Des *coliques néphrétiques* comme antécédents, ainsi que la rétention de l'urine et du pus dans le rein, rétention pouvant produire une douleur fluctuante énorme, puisqu'elle peut s'étendre du foie au bassin et distendre visiblement l'abdomen en le déformant (*Voy. RÉTENTIONS*), peuvent avoir été d'abord constatées, ce qui donne ensuite à l'apparition habituelle du muco-pus dans l'urine, lorsque l'obstacle n'est plus aussi complet, sa vraie signification.



L'évolution des symptômes est caractéristique dans les cas de pyélite aiguë; elle est moins dans les autres conditions. La marche chronique est très-longue, et sujette à des exacerbations dues aux déplacements des calculs; elle devient alors momentanément aiguë.

Quant au diagnostic différentiel de la pyélite avec d'autres affections du rein, la PÉRINÉPHRITE qui puisse être comparée à la pyélite aiguë, son siège. De part et d'autre, il peut y avoir tumeur sensible au toucher; mais la périnéphrite ne donne pas lieu à l'écoulement du pus, au moins qu'il n'y ait une rupture violente du foyer dans les voies urinaires.

Le siège précis de la lésion, ou plutôt de l'inflammation, est difficile à déterminer, plutôt que dans le rein ou l'uretère, ne saurait être déterminé. — Il en est de même du siège de la *gangrène*, qui peut accompagner la pyélo-néphrite produite par la fièvre puerpérale, la septicémie charbonneuse, et qui s'annonce par l'odeur gangréneuse, la dépression subite des forces, la petitesse du pouls, et des sueurs froides. — Il survient une obstruction de l'uretère dans le cours de la pyélo-néphrose (*Voy. RÉTENTIONS*) peut venir compliquer la pyélite. La pyélo-néphrite due à des calculs détermine la formation d'abcès *pulmonaire*, comme l'a observé S. Gordon (*Dublin quart. Jour.* 1866). Il y eut, dans ce cas, fièvre hectique, anasarque, toux, hémoptie à la base du poumon droit; ce qui était dû à la propagation de l'inflammation s'étendant, derrière le foie, jusqu'à la base du poumon, comme dans le cancer du tégument.

3<sup>o</sup> *Pronostic.* — Le pronostic de la pyélite varie suivant les circonstances. Elle est moins grave si elle est simple, aiguë; si elle est une maladie locale sans corps étrangers; si, lorsqu'il existe des calculs volumineux et peuvent être expulsés au dehors par les voies urinaires; si la maladie est plus grave si elle est compliquée; si, étant aiguë, elle se prolonge; si la maladie générale; si les calculs qui provoquent le plus souvent la pyélite restent dans les bassinets et y séjournent longtemps, occasionnent la

entre ces symptômes, ces lésions, et ceux qui résultent de la pénétration lente du pus dans le sang, soit par voie expérimentale, soit par rupture de vaisseaux purulents dans les vaisseaux, qu'il me parait oiseux de discuter l'opinion de ceux qui nient la pyémie comme maladie. Quelle que soit leur autorité scientifique, la subtilité de leurs raisonnements, basés sur des constatations logiques mal interprétées, ne peut tenir en présence des faits cliniques et expérimentaux. Qu'importe, par exemple, que Virchow se fonde sur l'impossibilité de l'absorption des parties solides du pus par les voies physiologiques, s'il est dans la pyémie de l'absorption par des vaisseaux *accidentellement ouverts*, et qui, quoique peu volumineux, le sont suffisamment pour se laisser pénétrer par tous les éléments pyoïdes? Qu'importe encore que l'on ait pris du pus des amas de leucocytes dans le sang, et que les caractères physiques et chimiques des corpuscules du pus et des leucocytes soient les mêmes, s'il y a une différence certaine entre l'innocuité immédiate de la leucocythose physiologique, comme de la leucocythémie de Virchow, et la gravité extrême de la pénétration du pus dans le sang? Rejeter l'existence de la pyémie telle que la clinique la démontre est donc impossible, malgré les quelques erreurs de méthode que l'histologie a signalées.

*Éléments du diagnostic.* — Quels que soient le mode ou l'origine de la pénétration du pus dans le torrent circulatoire, cette *résorption* ou cette *action purulente* se manifeste subitement par un *frisson* ordinairement violent, avec tremblements, claquements de dents, et qui revient ensuite d'une manière irrégulière, suivi ou non de *sueurs* abondantes, et affectant rarement la forme nette des accès d'une fièvre intermittente. Entre les frissons, en effet, le malade s'aggrave de plus en plus; il y a un grand *abattement*, la *face* est pâle et altérée, la *peau* a une *teinte jaunâtre*, il y a de l'*anxiété*, de l'*agitation*, du *délire*, et l'ensemble des symptômes attribués à l'état *typhoïde*; de plus, il se produit des *abcès* dans diverses parties du corps, et en particulier *dans les articulations*, où il y a alors des douleurs très-vives. Enfin, dans certains cas, il peut survenir aussi une *ophthalmie purulente* et des *écoulements fétides*. — L'évolution de ces phénomènes est ordinairement rapide, et se termine toujours suivie de mort, au bout de quelques jours, de deux ou trois semaines, rarement plus.

*Inductions diagnostiques.* — L'apparition subite de violents frissons, venant irrégulièrement et à des intervalles plus ou moins rapprochés, en l'absence de l'invasion d'une maladie aiguë grave, ou d'une intoxication palustre, peut faire soupçonner une pyémie, s'il existe un foyer de suppuration déjà ancien, ou bien si, l'abcès ou la collection purulente étant latents, on voit, en même temps que les frissons se répètent, se dérouler l'ensemble des phénomènes attribués à l'état typhoïde, et surtout si l'on voit apparaître des abcès cutanés dits métastatiques.

La recherche de la cause des phénomènes observés viendra souvent en aide au diagnostic. Les *plaies suppurantes*, traumatiques ou chirurgicales, l'inflammation de l'utérus à la suite de l'*accouchement*, sont les causes les plus communes de la pyémie; et c'est dans les faits de ce genre que l'on a surtout vu la *phlébite* comme origine du pus résorbé. Dans les derniers temps, M. Laugier et Scholz ont considéré certains furoncles comme l'origine de pyémies mortelles (*Voy. FURONCLES*). On peut dire que tout abcès non circonscrit par une induration des tissus voisins enflammés, ou par une membrane ou adhérences protectrices, est une source ouverte à l'absorption morbide du pus. Il en est de même, selon nous, des organes très-vasculaires qui sont intil-

homme âgé de trente-cinq ans, qui éprouvait, depuis sept frissons journaliers violents durant trois ou quatre heures, il mourut subitement le troisième jour, présenta à son admission semblable à celui du début d'une fièvre typhoïde. A l'autopsie dans l'artère pulmonaire, on trouva un abcès dans les ganglions de l'artère pulmonaire, abcès qui s'ouvrait dans le ventricule de l'une des valvules de l'artère pulmonaire; l'abcès et la fistule étaient des lésions anciennes. Ce qu'il y a eu de remarquable est la répétition des frissons pendant plusieurs mois et l'état typhoïde vers la fin. Ces observations de pyémie par suite de rupture de cavités ou conduits circulatoires, sont les preuves irréfutables de l'affection qui m'occupe dans cet article, et l'on conçoit très bien comment le pus d'une collection purulente peut pénétrer dans le torrent des capillaires ouverts, d'un calibre suffisant pour lui donner naissance aux mêmes phénomènes que dans les faits de rupture rappelés.

Les symptômes graves qui constituent la pyémie ne doivent pas être confondus avec ceux de la *diathèse dite purulente*, qui n'est autre chose qu'une infection accidentelle de l'organisme en vertu de laquelle il se développe dans les parties du corps des inflammations suppurantes plus ou moins nombreuses, comme on le voit dans l'état puerpéral, le septicémie, le charbon, et dans certaines convalescences de maladies aiguës, comme la variole par exemple. — La pyémie pourrait être confondue avec l'*infection putride* (Bérard), si, dans la morve, il n'y avait pas de l'écoulement nasal et des pustules cutanées particulières, et si la morve n'avait pas une marche chronique toute différente de la marche aiguë de l'infection purulente. — Une distinction importante est à faire entre la pyémie et la *fièvre intermittente*. La répétition irrégulière des frissons dans la pyémie ne ressemble nullement, il est vrai, à l'intermittence

lieu d'abord pendant plusieurs jours avec rémission relative constante le matin, ce qui donne au tracé graphique une ascension en dents de scie, puis la température se maintient à 40, 41° environ pendant toute la période d'état, mais que dans la pyémie il y a dans le tracé des irrégularités caractéristiques des ascensions brusques irrégulières, au moment des frissons. Il est bien entendu qu'en dehors des données fournies par le thermomètre, il faudra tenir compte des autres signes. — Une autre question de diagnostic qui n'est pas nouvelle est celle de la formation des *infarctus* emboliques comparée à la suppuration purulente. Cette question se pose d'elle-même dans la maladie désignée sous le nom d'endocardite ulcéreuse, dans laquelle existent, vers la fin de l'évolution, les signes apparents de la pyémie la mieux caractérisée. Existe-t-il une véritable résorption purulente due à l'ulcération suppurative des valvules cardiaques, ou bien se forme-t-il des infarctus par suite de la destruction destructive de ces valvules sans suppuration ? C'est une question à discuter.

Virchow (*Pathologie cellulaire*) nie formellement qu'il y ait en pareils cas une ulcération inflammatoire. Il admet qu'il y a tuméfaction de l'endocarde, un ramollissement et dissociation du tissu en débris finement grenus sous le microscope, résistant aux acides minéraux et aux solutions alcalines qui détruisent au contraire les produits inflammatoires. Il y a de nombreux éléments étrangers au milieu de ces débris, que l'on retrouve au centre des infarctus artériels qui se forment. Cette manière de voir a été adoptée, mais non sans une certaine hésitation, par beaucoup d'observateurs, et entre autres par Virchow et Charcot (*Gaz. méd.*, 1862), Lancereaux (*ibid.*), Vast (*Thèse*, 1864). Il est certain que si l'on a réellement trouvé les débris des valvules au centre des infarctus (Virchow, Beckman), dans d'autres cas, tout en admettant des infarctus, on reconnaît qu'ils présentent beaucoup d'analogies avec les abcès métastatiques de l'infection purulente. Il en est où il existe une destruction des valvules sigmoïdes de l'aorte et une véritable ulcération sur la valvule mitrale, et bourgeonnement charnu évidemment inflammatoire (Fritz, *Thèse* Vast). Virchow et Hardy n'ont pas admis comme démontrée l'évolution de l'endocardite ulcéreuse de Virchow. Dupuy se demande pourquoi Virchow a complètement écarté la question de la présence du pus, qui est réelle dans certains faits. Je vais ajouter que, si l'on ne constate pas le pus au niveau des valvules altérées, comme on s'en étonne, cela tient à la raison que j'en ai déjà donnée (p. 350), c'est que je suis étonné de n'avoir pas vu mettre en avant pour démontrer l'absence du pus ne peut se montrer sur les ulcérations des valvules, et la possibilité de l'infection purulente. Les valvules sont, en effet, incessamment et continuellement balayées par le sang en circulation, qui les baigne, ce qui ne permet pas au pus d'y séjourner, lorsqu'il s'en forme au niveau de l'ulcération ; et, de plus, ce pus ne peut être chassé dans les organes que par de si minimes quantités à la fois, qu'on ne l'y trouve pas facilement. En définitive, la question de l'endocardite ulcéreuse n'est pas résolue complètement au point de vue de la formation purulente dans ses rapports avec la production des infarctus, mais la pyémie existe certainement, au moins dans un certain nombre de cas.

Les formes de la pyémie varient surtout suivant son origine, en raison des conditions pathologiques préexistantes au milieu desquelles elle apparaît. — Quant aux complications, on ne saurait considérer comme telles les abcès dits métastatiques des viscères qui ne sont qu'un des éléments avancés de l'affection, à moins que ces abcès eux-mêmes ne se compliquent d'une inflammation secondaire de l'organe où ils siègent, comme je l'ai vu pour le poulmon.

• *Pronostic.* — Quoique la pyémie soit le plus souvent mortelle, on a con-





une durée variable de ces symptômes, ou comme premiers signes de la maladie chez les très-jeunes enfants, on voit survenir des *déformations* (grande période de J. Guérin) : d'abord *gonflements* plus ou moins prononcés des têtes osseuses des articulations des membres, épaississement des os du crâne, déformations variées de la colonne vertébrale et de la cage thoracique, fragilité des diaphyses des os longs, et *courbures* permanentes caractérisées ; parfois *fractures*. — Après plusieurs mois, plusieurs années de durée de ces phénomènes, d'où résultent les difformités du squelette les plus variées : bossités plus ou moins irrégulières, affaissement de la taille, volume exagéré du crâne contrastant avec la gracilité des membres, etc., les os reprennent de consistance, plus de consistance même, en certains points, que dans l'état normal. De là résulte ce fait important que les individus peuvent se tenir debout sur leurs jambes, se servir en un mot de leurs membres sans augmenter les difformités, mais en les conservant le plus souvent, sauf dans les cas où il existe que des gonflements osseux.

Pendant il peut arriver que les lésions osseuses fassent des progrès incessants, et que, la maladie se prolongeant, il en résulte un état que J. Guérin a appelé le premier sous le nom de *consommation rachitique*. Cet état se manifeste par deux symptômes permanents et assez tranchés, sans fièvre ni altération sensible d'aucune des fonctions principales, à savoir : une *constitution grasseuse*, traduite à l'extérieur par un teint pâle et plombé, et une *grande fragilité des os*, fragilité telle qu'il suffit de comprimer certains os entre les doigts pour en rompre la table externe, qui ne conserve plus que l'épaisseur et la consistance d'une coque. Alors l'asphyxie peut entraîner la mort.

*Inductions diagnostiques.* — Le diagnostic du rachitisme présente des difficultés réelles pour le médecin dans la période d'incubation, où les phénomènes généraux présentent une certaine analogie avec ceux de plusieurs autres affections. Cependant l'aversion extrême pour tout mouvement brusque, et une sensibilité de toutes les parties du corps, qui fait jeter des cris aux petits enfants, à chaque mouvement qu'on les force à exécuter, sont des phénomènes qui doivent faire soupçonner le développement du rachitisme. Si l'on y ajoute la présence dans les urines d'une notable quantité de phosphate de chaux (URINES), la réunion de ces trois symptômes établit une forte présomption en faveur de l'existence du rachitisme commençant (Beylard). Quant aux fractures produisant au moindre mouvement dans certains cas, on pourrait les croire utiles au diagnostic, mais elles passent souvent inaperçues, l'intégrité du squelette pouvant maintenir les fragments affrontés, et la mollesse des os empêcher leur crépitation. C'est ici le lieu de rappeler que Trousseau attache une grande importance à l'arrêt de l'évolution dentaire comme manifestation du rachitisme ; pour lui, un enfant d'un an qui souffre des dents et chez qui elles paraissent pas, est sous le coup de la maladie. Il a vu des rachitiques de deux ans qui avaient déjà perdu leurs premières dents lorsque la troisième ou la quatrième apparaissait. L'impotence rachitique peut ressembler à une *paralysie des membres abdominaux*, comme le fait observer Castagné dans sa thèse (1899), mais l'enfant paralysé ne peut remuer ses jambes, quelque position on lui donne, tandis que le jeune rachitique les remue étant couché, quoique le mouvement lui cause de vives douleurs.

La connaissance de certaines causes dont l'influence est bien constatée ne peut pas sans utilité pour le diagnostic dans certains cas. Ces causes sont sur-tout les *mauvaises conditions hygiéniques*, une *habitation froide et humide*, l'*insalubrité*, une *alimentation insuffisante* ou mal appropriée à l'âge des petits

articulaires, la flexibilité des os et les douleurs générales, la tête des rachitiques prend quelquefois une exagération de volume, surtout des os du crâne, qui porte surtout sur les bosses frontales. En même temps que les fontanelles restent ouvertes ; en effet, Barthès et Rilliet, on pourrait croire chez l'enfant à une hydrocéphalie, mais, avant ces excellents observateurs, la vivacité de l'intelligence et le développement du crâne, à la surface duquel le doigt sent le bord de l'épaississement osseux perçu au niveau de la fontanelle antérieure dans les rachitiques, soufflent qu'ils n'ont jamais trouvé dans l'hydrocéphalie, contredit dit Fischer, de Boston : tels sont les signes qui ne permettent pas de confondre une hydrocéphalie. Trouseau a signalé la petitesse de la tête, qui paraît le volume de la tête plus considérable (*Clin. méd.*,

Quant au diagnostic des déformations rachitiques que présente comme conséquence de la maladie qui les a atteints dans l'enfance, à première vue s'il s'agit de ces difformités prononcées que l'on voit chez les heureux adultes atteints pour la plupart de gibbosité. Les difformités de l'enfance ; mais il peut arriver qu'elles soient récentes et qu'elles soient des signes de l'ostéomalacie, considérée par quelques auteurs (Beylard, etc.) comme le rachitisme des adultes.

Quoi qu'il en soit, la distinction en est facile par l'époque à laquelle elles se produisent, et cependant des faits nombreux dans lesquels des déformations rachitiques, assez peu accusées même dans certains cas pour être méconnues, par un examen attentif, et dont l'origine rachitique est au premier chef. C'est ainsi que certaines déviations de la colonne vertébrale, ou dépressions partielles de la poitrine, que j'ai décrites sous le nom de scapulothorax (Voy. INSPECTION), ne me paraissent pas le plus souvent être liées au rachitisme, et il en est probablement ainsi pour les autres déformations légères. Suivant J. Guérin, toute difformité i

ent exagéré les effets fâcheux des difformités en question ; il est clair seulement que les affections accidentelles des organes thoraciques, la pneumonie, bronchites, les maladies du cœur, etc., ont d'autant plus de gravité que les déformations de la poitrine sont plus prononcées, et que l'asphyxie est d'autant plus imminente que les lésions constituant la *consomption rachitique* sont plus avancées.

Est-il vrai que l'on ne rencontre jamais réunis les scrofules ou les tubercules et le rachitisme ? En un mot, l'*antagonisme* que l'on a voulu signaler comme loi pathologique existe-t-il réellement entre ces maladies ? On doit répondre la négative. Cette manière de voir, en effet, ne repose pas sur une étude exacte des faits ; et ce qui le prouve, c'est que le même auteur qui a fait l'étude la plus complète du rachitisme et de l'ostéomalacie, et qui admet d'abord l'antagonisme du rachitis et de la scrofule, dit ensuite que l'on a observé de nombreux cas dans lesquels une cachexie scrofuleuse chez des parents a pu transmettre aux enfants l'affection rachitique (Beylard). Quant aux tubercules, il n'est pas mieux démontré qu'on ne les observe pas avec le rachitisme, qu'un médecin qui s'est occupé des maladies de l'enfance, Hervieux, a considéré les tubercules comme cause du rachitisme. Si j'insiste sur ces prétendus antagonismes, c'est qu'il y a un danger réel pour le praticien à les accepter sans contrôle (Voy. *ANTAGONISME*).

\* *Pronostic.* — Le rachitisme est une maladie grave si elle a une marche chronique, si les déformations sont considérables, et si les causes qui la produisent continuent à agir. A mesure que les enfants avancent en âge, la marche plus grave de la maladie, l'arrêt des déformations, surtout lorsqu'elles restent bornées au gonflement des apophyses et à une légère déformation du thorax, et l'éloignement des causes de la maladie, sont les conditions les plus favorables à la guérison.

**RADEZYGE.** — Cette affection cutanée, observée en Norwège, longtemps mal connue, et rapprochée de certaines variétés de lèpre, de l'éléphantiasis des Arabes, des eczémas chroniques, etc., a été l'objet d'un travail important de W. Boeck, Christiania, dans lequel il démontre que la radezyge n'est qu'une manifestation tertiaire de la syphilis (*Traité de la radezyge*, 1860). Les lésions observées consistent en *affections ulcéreuses* de la peau, du pharynx, du palais et de la muqueuse des fosses nasales. L'auteur signale comme étant également de nature syphilitique les affections en apparence diverses qu'on a désignées dans différents pays sous les noms de *maladie de la Ditmarsie*, *Marsksygdom*, *syphiloïde islandaise*, *sibbens écossais*, *syphiloïde esthoniennne*, *scherlievo*.

**RAGE.** — Cette maladie est communiquée par l'inoculation d'un virus de la rage de certains animaux. Elle est désignée improprement sous la dénomination d'*hydrophobie*, qui n'est qu'un symptôme fréquent, mais non constant de l'affection. Beaucoup d'erreurs ont eu cours à propos de la rage, jusqu'à ce que M. Blandin ait publié sa monographie (1820), dans laquelle il a parfaitement décrit les symptômes de la maladie. Des observations nombreuses, deux excellents rapports de Tardieu au Conseil d'hygiène (*Annales d'hygiène*, 1854, t. I ; 1860, t. III), et un Mémoire de Féréol (*Recueil de la Soc. méd. d'observ.*, t. II) ont récemment été publiés.

\* *Éléments du diagnostic.* — Les symptômes de la rage varient à la période prodromique et lorsque la maladie est confirmée. — On a beaucoup exagéré l'importance des signes locaux qui peuvent survenir au niveau de la partie mordue, comme la tuméfaction et le renversement des bords de la plaie, l'aspect blafard et la rupture de la cicatrice, etc. D'autres prodromes, que je rappellerai plus

atrocement, rouges, douloureux; l'ouïe est très-fine, il y a des nausées, le toucher est plus délicat; il y a exaltation intellectuelle et des saisissements, effroi extrême ou fureur, alternant parfois avec des témoignages de reconnaissance pour les soins reçus. A l'horreur des liquides et à la vive douleur dans la poitrine se joignent une anorexie complète, une soif excessive et écumeuse, il y a un crachotement ou une sputation fréquente, l'envie de mordre est rare. La voix est rauque, entrecoupée, il y a parfois du priapisme chez l'homme, de la nymphomanie chez la femme. Les pupilles sont dilatées, d'abord fort, régulier, et un peu fréquent, devient ensuite irrégulier, en même temps que l'oppression devient extrême et succombe ordinairement par asphyxie, du troisième au cinquième jour.

2° *Inductions diagnostiques.* — A la période prodromique l'affection peut facilement être méconnue; on peut même affirmer qu'elle l'est, si aucun antécédent ne vient mettre sur la voie. Il n'est pas d'aujourd'hui de considérer les vésicules sublinguales ou *lysses* comme pathognomonique du début; aucun observateur n'a, en effet, vu de vésicules de la sorte sans que la morsure d'un chien fait récemment de la maladie, que l'on peut considérer la rage comme imminente. C'est seulement lorsque la morsure d'un chien fait reconnaître la maladie, que l'on peut considérer la rage comme imminente. Les prodromes suivants : de la céphalalgie, des vives douleurs dans toutes les parties du corps, de l'inquiétude, une tristesse profondément alternant avec de l'agitation, des nausées, des vomissements, des vertiges suivis de syncope. Mais dans tous les cas, ce n'est que lorsque l'affection est confirmée, c'est-à-dire quand les accès convulsifs se déclarent, que le diagnostic ne laisse aucun doute.

La particularité pathognomonique de ces accès est la convulsion, si improprement rapportée d'une manière exclusive à l'horreur de la morsure, qu'elle est produite encore par une foule de circonstances étrangères : lumière trop vive, la vue d'un objet éclatant ou inusité, un bruit, un mouvement un peu ménagé, un mouvement un peu vif dans le voisinage du m...

lesquels il se manifeste souvent des mouvements de tendresse expansive altérée, la marche progressive et rapide des accidents, ne peuvent, en effet, rencontrer dans aucune autre affection.

plus forte raison admettra-t-on l'existence de la rage si, à une époque antérieure, la morsure d'un animal enragé (chien, chat, loup, renard) a pu être faite, et si la cicatrice ou la plaie en est visible au moment de l'exploration. La recherche de la cicatrice est, on le conçoit, d'une extrême importance dès qu'on soupçonne la rage. On n'oubliera pas d'ailleurs que l'incubation, qui n'est en général de trente à quarante jours, peut durer bien plus longtemps : six mois (Constantin, *Union. méd.*, 1856), cinq mois (Barth, *Mémoire* 1850), cinq mois et demi (Bergeron), et même neuf mois (Fraigniaud, *ibid.*, 1856). Quoi qu'il en soit, lorsqu'un individu a été mordu par un animal enragé, on ne saurait préciser l'époque ultérieure à laquelle la rage est plus à redouter. Il peut arriver d'ailleurs que la morsure, quoique manifestement infectée par le virus, ne soit suivie d'aucun accident rabique, car sur un certain nombre de sujets mordus, tous ne sont pas infailliblement victimes. Un autre point important de l'étiologie de la rage, c'est qu'il est quelquefois possible de pouvoir constater le fait de l'inoculation, qui échappe au malade même et à son entourage, comme cela est arrivé pour les deux malades dont M. Let et Féréol (*Mém. cit.*) ont rapporté l'histoire. Ce dernier observateur fait valoir avec raison que c'est sans doute à propos de faits analogues que l'on a si fréquemment admis des incubations de trois, dix et même trente ans. Il est bien évident que le virus ne perd pas sa propriété contagieuse par sa transmission successive, comme on l'avait pensé.

La rage est presque inconnue dans certains pays. A Constantinople, par exemple, elle est extrêmement rare, à ce point que Fauvel n'en a pas connu un seul cas pendant plusieurs années, quoique les chiens y soient nombreux et libres. On a attribué cette immunité à la liberté de leurs mouvements et des rapprochements sexuels (Le Cœur); mais la question paraît être plus complexe. On a pensé aussi que les chaleurs favorisaient le développement de la rage; mais comme il est aussi fréquent de la voir au printemps, on a accusé l'humidité d'être une cause puissante. En définitive, l'étiologie est très-obscurcie par les faits de la contagion par morsure; et encore est-il inexplicable que la rage se développe par suite de la morsure d'un chien en fureur et jusque-là bien portant. On ne saurait confondre l'hydrophobie rabique ou la rage qu'avec la névrose appelée *hydrophobie non rabique*. Mais il faut avouer que la confusion des deux affections est bien facile, et que la seule constatation des phénomènes symptomatiques, qui peuvent être les mêmes de part et d'autre, est bien insuffisante pour induire en erreur. Il n'y a, en effet, pour la rage, que l'inoculation antérieure du virus bien établie, et pour l'hydrophobie non rabique, la certitude de la terreur de la rage est l'unique cause de la maladie, qui puissent permettre de se prononcer pour l'une ou l'autre affection. Cependant l'hydrophobie rabique a paru dépendre quelquefois de la présence d'entozoaires dans le système nerveux. Je dois ajouter que les symptômes de cette névrose sont parfois très-variables de nombre et très-atténués, particularités qui ne se rencontrent pas dans la rage. Ces symptômes peuvent, en effet, ne consister qu'en un spasme convulsif revenant par accès, avec sentiment de terreur, décomposition des forces et malaise général, comme je l'ai constaté chez un homme qui avait donné des soins à un chien qui mourut enragé, sans qu'il en fût mordu, et qui était des accidents nerveux que je viens de rappeler chaque fois qu'un chien meurt après lui.



pour l'étude diagnostique des râles ne dispensent d'entrer descriptifs que l'on trouvera d'ailleurs dans tous les traités ou relation. Les phénomènes d'auscultation appelés râles sont h c'est là une première distinction que constate le médecin au li

#### A. RALES HUMIDES.

De ce qu'il existe des nuances infinies qui s'enchaînent des agonisants, entendu même à distance, jusqu'au râle à cr la plus fine, on ne saurait rejeter les distinctions scolastic établies, suivant le volume des bulles dont la rupture détermir et qui sont : le gargouillement ou râle caverneux, le râle sous-crépitant. Ces distinctions sont indispensables pour s'entendre quoiqu'il puisse exister des nuances intermédiaires parfois di

Aux mots AMPHORQUES, CAVERNEUX (Phénomènes), et ( j'ai rappelé les conditions dans lesquelles se produisaient le caverneux ou amphoriques, que l'on ne saurait isoler des au complémentaires que ces conditions déterminent.

Les râles sous-crépitants ou *muqueux*, qui sont extrêm sont plus ou moins bien accentués. Quand ils sont faiblement e ficiels, ils ont une certaine ressemblance avec le bruit de FR ou avec la respiration que j'ai appelée GRANULEUSE. Ces râles, une signification très-différente suivant leur siège et leur éten *base des deux poumons* en arrière, ils doivent être le plus rés comme le signe le plus important de la bronchite profonde seul côté, ils peuvent faire soupçonner une pneumonie anoi sence d'expectoration caractéristique et s'il s'agit d'une maladi cidents sont chroniques, cette limitation du râle peut dépendr localisée des bronches. — Aux sommets des poumons ou d'un râle sous-crépitant doit y faire soupçonner la présence des tti naires, et il en est de même si, le râle étant plus généralisé,

iant au *râle crépitant*, il est caractérisé tantôt par une succession de bulles is humides que celles du râle sous-crépitant, et constituant de véritables nements inégaux et plus ou moins confluent, et tantôt par une succession de itations très-fines, uniformes et confluentes. La première variété se rencontre -seulement dans la pneumonie, mais encore au niveau de *tubercules ralis*, d'un point *hémoptoïque*, au niveau duquel les craquements sont dus au age de l'air à travers le sang qui obstrue les dernières ramifications des voies ennes. Le râle crépitant de la seconde variété, celui à bulles très-fines et très-fluentes, faisant en quelque sorte explosion sous l'oreille de l'observateur, au rent de la toux, se distingue par sa persistance, d'un bruit analogue mais pas-r, que l'on rencontre en arrière des poumons chez des malades qui sont restés chés sur le dos pendant un certain temps, et qui est dû au déplissement des ières cavités aériennes. La seconde variété de râle crépitant est habituelle- t un des meilleurs signes de la pneumonie. On doit rattacher aussi ce râle à simple congestion pulmonaire. Il est alors passager et disparaît rapidement.

- RÂLES SECS OU SONORES.

ette dénomination vicieuse, mais généralement acceptée, comprend les râles ants ou ronflants, que l'on attribue à la bronchite, mais qui sont plus sou- un indice de *congestion pulmonaire*. On les observe encore dans les cas pphysème ou de tubercules. Ces prétendus râles seraient beaucoup mieux mmés *respiration sifflante* ou *ronflante*.

**RAMOLLISSEMENT.** — Le ramollissement des organes constitue une lé-anatomique qui ne manifeste pas toujours son existence pendant la vie par symptômes particuliers. Ce n'est qu'au niveau des centres nerveux et de l'or-central de la circulation que l'on peut considérer le ramollissement comme affection susceptible d'être diagnostiquée. Et encore le ramollissement du r observé, dans la plupart des cas, dans la convalescence ou la terminaison maladies graves, n'a-t-il comme caractères séméiologiques que la faiblesse contractions de l'organe, la petitesse et la fréquence du pouls, l'anxiété et le ur fréquent de syncopes, signes bien insuffisants pour se prononcer avec un ain degré de certitude, car on les a notés avec l'atrophie ou plusieurs autres tions du cœur. Il n'en est pas de même heureusement pour le ramollisse-t du cerveau, dont il va être plus amplement question, ni pour celui de la lle, qui constitue la MYÉLITE.

**Ramollissement du cerveau.**

our bien comprendre la question diagnostique du ramollissement cérébral, t indispensable qu'on ne perde pas de vue la pathogénie de cette affection, a été si diversement interprétée dans le cours de notre siècle.

tudié d'abord par Abercrombie, Rostan, Bouillaud, Andral, Lallemand, Ro-xx, Cruveilhier, le ramollissement cérébral a été considéré, tantôt comme nature inflammatoire, tantôt comme l'effet d'un travail organique exempt nflammation dans certains cas. Plusieurs observateurs affirmèrent ensuite la ure constamment inflammatoire du ramollissement. Forget, Saussier, Gluge, and-Fardel (1843), puis Calmeil (1859) défendirent cette opinion, en même ps que Bouillaud, Abercrombie, Bright, Carswell, Copland, Crisp, Piorry, , N. Guéneau de Mussy, firent connaître des faits de ramollissement du eau avec oblitération des artères correspondantes. On objecta bien que e oblitération pouvait être consécutive et non la cause de la lésion du tissu bral; mais l'objection était sans aucune valeur pour deux faits de ligature a carotide suivie de ramollissement du cerveau et observés par Vincent et llot. L'étude des embolies par Virchow démontra la production du ramol-

tions connues, telles que certaines méningites, l'hémorrhagie, les tumeurs du cerveau par exemple, il existe des faits très-nombrables de ramollissement spontané ou primitif, quant à ses manifestations symptomatiques sont dus à une toute autre origine que l'encéphalite. En pareil cas, le ramollissement est dû à deux causes principales : 1° à un état morbide au niveau de la substance grise des circonvolutions, des corps optiques, cause très-importante étudiée par Hughes, Bennett, Robin, et par Laborde; 2° à une oblitération artérielle due à un thrombus migrant (embolie) ou autochtone (thrombose), le ramollissement affecte alors la portion de tissu cérébral tributaire du vaisseau obstrué.

1° Les altérations des capillaires (surtout des artérioles) consistent en dilatations, en ampoules moniliformes, ou en vacuoles anévrysmales (1<sup>er</sup> degré d'altération); puis il survient une dégénérescence athéromateuse des parois des capillaires, avec amas d'éléments adipeux après une stase sanguine plus ou moins prolongée (3<sup>e</sup> degré), il y a infiltration ou rupture, des éléments du sang (Laborde, *Comptes Rendus de la Soc. de biol.*, t. V, 1864, et *ouv. cité*). Suivant cet auteur, le ramollissement se rencontrerait, à un degré quelconque, sur tous les cerveaux âgés de cinquante-cinq à soixante ans en moyenne, condition essentiellement dite sénile.

2° Dans les cas d'oblitération vasculaire, l'altération athéromateuse déterminerait la coagulation sanguine locale, en dehors des foyers, par cause générale, ou par phlébite dans les sinus. Les obstructions sont dues à des causes indiquées précédemment (*Voy. Emb.*).

Je ne crois pas devoir traiter à part du ramollissement aigu ou chronique, parce que les symptômes qui révèlent le ramollissement cérébral aigu ou chronique ne diffèrent réellement plus ou le moins de durée des accidents; l'état aigu se termine en peu de jours et plus rarement du 20<sup>e</sup> au 30<sup>e</sup> jour.

se révèle d'abord par une *paralysie faciale* légère. A une *céphalalgie* fixe opiniâtre s'ajoutent des troubles intellectuels : tantôt l'affaiblissement de facultés pouvant aller jusqu'à l'hébétéude complète ou au coma, la perte de la mémoire, la difficulté de s'exprimer, le changement de caractère, les attentions sans motifs, etc.; tantôt du délire caractérisé par de l'agitation, de l'excitation, de la loquacité ou un délire plus tranquille, un délire d'action qui est très-fréquent chez les vieillards, des troubles des *mouvements*, de la raideur dans un membre ou dans un côté du corps, une *paralysie* incomplète ou complète, soit à la face, soit aux membres, paralysie fréquente, puis on l'a observée dans les deux tiers des cas (Durand-Fardel); plus rarement il y a de la raideur et des *convulsions*, suivant le même auteur, ce que n'admettent pas ceux qui considèrent la contracture comme un des principaux symptômes. Du côté de la *sensibilité* on constate : l'anesthésie qui se montre ordinairement avec la paralysie, mais moins souvent qu'elle, et l'état contraire, à savoir l'hyperesthésie sur laquelle plusieurs auteurs ont insisté, sans que le signe soit pathognomonique; des engourdissements, des fourmillements, des mouvements incommodes, soit à la face, soit dans les membres, rarement dans le tronc, et presque toujours limités au côté paralysé. Enfin on peut observer comme dans les autres formes de ramollissement et comme dans les autres lésions cérébrales, des *paralysies partielles* des sens, et notamment des troubles amaurotiques, la paralysie du pharynx et des sphincters du col de la vessie et de l'anus, d'où la rétention ou l'émission involontaire des urines et des matières fécales. Très-rarement il y a de la fièvre et surtout des vomissements. — Le ramollissement dit *ataxique* par Durand-Fardel se caractérise, par des *maux de tête* intenses, ou bien après une *agitation* inquiète, ou un *erégarement dans les idées*, tantôt par un *délire subit*, tantôt par une *attaque épileptiforme*, tantôt par une *hémiplegie subite* simple ou interrompue des contractions tétaniques, ou bien accompagnée de *convulsions* dans le membre non paralysé.

• *Inductions diagnostiques.* — Les symptômes du ramollissement cérébral, considérés isolément, ne peuvent pas être l'objet de considérations utiles pour le diagnostic de cette maladie. La *céphalalgie*, comme prodrome, méritait cependant d'être signalée lorsqu'elle est persistante, et qu'elle s'observe chez le vieillard, car elle peut être l'indice de l'invasion prochaine des premiers symptômes de la maladie. Rasse (*Art médical de Bruxelles*, 1866) signale aussi comme un nouveau signe pouvant faire craindre l'apparition prochaine du ramollissement cérébral, chez les individus faisant abus d'alcool, les *épistaxis* abondantes. Six sujets, dans cette condition, eurent des épistaxis avant l'invasion, et chez quatre d'entre eux elles nécessitèrent le tamponnement des fosses nasales.

La maladie une fois déclarée, on ne peut bien apprécier la valeur des symptômes variés qu'en ayant égard à leur évolution ou à leur enchaînement, sauf quelquefois pour les cas, si fréquents chez le vieillard, dans lesquels une attaque d'apoplexie subite caractérise le début. On ne saurait alors se prononcer entre l'hémorragie cérébrale ou le ramollissement (*Voy. p. 496*). Mais il ne faut pas oublier qu'il y a aussi une forme *brusque* avec perte isolée du mouvement volontaire et conservation de l'intelligence.

La marche graduelle des accidents est beaucoup moins fréquente que la précédente, ainsi que l'ont fait remarquer Lancereaux, Charcot et Vulpian. Ces derniers observateurs n'ont compté que trois fois un début graduel, sur trente-neuf observations. L'évolution graduelle du ramollissement offre un

cachet tout particulier. On ne saurait méconnaître l'affection lorsque, à un engourdissement graduel et lentement croissant de l'intelligence, des sens, du mouvement et du sentiment, frappant presque toujours l'une des moitiés du corps, se joignent de la céphalalgie, des picotements, des fourmillements remontant des extrémités des doigts ou des orteils, une déviation graduelle de la face, la difficulté de la parole, etc. Après une durée variable de ces troubles plus ou moins nombreux, plus ou moins complets, n'apparaissant jamais dans un ordre bien déterminé, l'attaque apoplectiforme peut se montrer, et l'on a tout lieu de croire qu'elle est, dans ces conditions, l'effet du ramollissement; cependant il n'y a rien d'absolu à cet égard, car une véritable hémorragie peut venir s'ajouter à un ramollissement préexistant, ainsi que je l'ai vu et constaté. L'examen ophtalmoscopique, chez les malades atteints de troubles amaurotiques de la vue, fait quelquefois découvrir une périnévrine du nerf optique qui peut être la conséquence du ramollissement, dont cette lésion confirme le diagnostic, comme cela est arrivé au docteur Gayet (*Gaz. méd. de Lyon*, 1855) qui connaissait un fait analogue publié par Liebreich. Les yeux ne peuvent pas se tourner vers le côté paralysé, selon Vulpian.

Quant au ramollissement ataxique, l'intensité de la céphalalgie et les troubles intellectuels qui précèdent l'apparition du délire ou des convulsions, permettent de diagnostiquer le ramollissement, surtout chez le vieillard, si l'on peut rattacher ces symptômes à une autre affection. C'est à tort, selon moi, que cette forme a été mise en doute par Proust (*loc. cit.*, p. 105).

L'absence de fièvre est importante à noter dans le ramollissement cérébral; si par fièvre on entend, non l'accélération du pouls, mais l'élévation réelle de la température. Il résulte des recherches de Charcot à ce sujet (Proust, *ibid. citée*) que jamais le thermomètre n'a dépassé  $37^{\circ} 7/10$ , à moins de complications.

Les éléments *étiologiques* du ramollissement du cerveau sont en général d'un vague qui ne permet guère d'en tirer parti pour le diagnostic. Il y a d'exception que pour la fréquence plus grande de la maladie après l'âge de soixante ans qu'à un âge antérieur, pour les lésions des os du crâne ou des méninges, de même que pour la présence d'un foyer sanguin ou d'une tumeur tuberculeuse ou cancéreuse, qui provoquent l'inflammation du tissu cérébral. Le diagnostic préalable de ces affections pourrait expliquer ou faire prévoir l'apparition du ramollissement, qui est alors secondaire.

La *congestion* cérébrale peut d'autant mieux simuler les différentes formes secondaires du ramollissement cérébral que cette congestion est réelle au début de cette maladie, et qu'elle peut quelquefois produire des troubles intellectuels, paralytiques et autres, analogues à ceux du ramollissement. Or, comme les troubles congestifs sont passagers, ce n'est que lorsque la maladie a fait des progrès que l'erreur n'est plus possible. C'est, en effet, dans la marche graduelle et dans l'ensemble des troubles de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité que j'ai rappelés plus haut, qu'il faut surtout chercher les caractères différentiels. — C'est seulement en se basant sur cette évolution que l'on pourra attribuer au ramollissement les accidents apoplectiformes semblables à ceux de l'hémorragie cérébrale (p. 496), s'ils ont été précédés des signes progressifs du ramollissement exposés précédemment. — Cette marche graduelle des accidents, fait capital du diagnostic quand il existe, pourra servir aussi à distinguer le ramollissement aigu de l'hémorragie méningée cérébrale (p. 504) dont les rémissions ont été données comme signes caractéristiques. Je dois cependant rappeler que la confusion sera facilement commise, vu la difficulté du diagnostic de cette hémorragie, et sa rareté relativement au ramollissement.



**Cérébral.** — Le ramollissement ataxique, par la prédominance du délire, pourrait faire croire à une *méningite* chez le vieillard, lorsque le délire est aigu, même qu'il pourrait aussi faire penser à une simple congestion. Lorsque le malade est tranquille, suivant la remarque de Durand-Fardel, et qu'il signale l'absence de la maladie, il constitue un très-bon signe du ramollissement dans l'vieillesse.

En supposant l'existence du ramollissement cérébral établie, pourra-t-on déterminer la forme anatomique de la lésion? — Le ramollissement cérébral est une *obturation artérielle*, forme de beaucoup la plus fréquente, sera reconnu à partir de l'âge de 55 à 60 ans, puisque l'on a trouvé les lésions vasculaires beaucoup plus fréquentes (Laborde dit *constantes*) à partir de cet âge. La marche graduelle des accidents donnera beaucoup de probabilités à l'existence de cette forme anatomique de ramollissement, suivant Proust, ce qui se compare mal cependant avec la rareté de l'invasion graduelle qu'il établit, et avec la fréquence au contraire des lésions athéromateuses des artères et des capillaires du cerveau. — Le ramollissement par *embolie* se rapporte à l'invasion apoplectiforme ou brusque; son diagnostic sera rendu facile par l'existence d'une maladie du cœur pouvant fournir une embolie artérielle, et surtout par la coïncidence de la gangrène d'un membre due à la même cause, comme Vulpian l'a observé et vérifié à l'autopsie. Une douleur subite vers la rate ou vers les reins, la présence du sang dans les urines ou dans les selles, par suite d'infarctus, devraient aussi en aide au diagnostic. Enfin le siège de l'hémiplégie à droite ou à gauche n'a encore ici sa valeur, car le caillot obturateur embolique a presque toujours été rencontré dans l'artère sylvienne gauche. L'oblitération d'un gros vaisseau vasculaire ne paraît pas avoir le ramollissement pour effet aussi constant. L'obturation des petits artères, car la ligature de la carotide primitive, faite par Broca dans un cas d'otorrhagie grave, n'a pas amené le moindre trouble cérébral (*Soc. de chir.*, 1866). — Dans le cas de ramollissement consécutif à une *thrombose des sinus*, on a signalé, comme phénomènes concomitants, la stase (Von Dush), l'inégale distension des jugulaires externes (Guérhard), le gonflement des veines de la tête, et des sueurs abondantes du tiers supérieur du tronc (Fritz).

Le *siège anatomique* du ramollissement dans telle ou telle partie du cerveau peut-il être établi pendant la vie? Lorsqu'il occupe la substance corticale par suite d'une méningo-encéphalite chronique, il est caractérisé par les symptômes de la PARALYSIE GÉNÉRALE des aliénés. Mais pour les autres formes, dont nous nous occupons plus particulièrement dans cet article, une précision analogue est difficile à établir. Comme pour l'hémorrhagie cérébrale, les troubles de la myopie et de la sensibilité produits par le ramollissement siègent du côté opposé à la lésion; mais les exceptions sont moins rares pour le ramollissement que pour l'hémorrhagie. Une détermination plus précise dans l'hémisphère lésé est presque impossible. Cependant Louis a remarqué que, dans une vingtaine de cas de ramollissement du corps strié, il était toujours survenu des symptômes multiples, qui pourraient être considérés dès lors comme signes au moins très-fréquents de ce ramollissement. — Lorsque le ramollissement cérébral est bilatéral, ce qui se remarque principalement pour la couche corticale du cerveau, l'altération de l'intelligence ou la perte de connaissance sont complètes à une époque plus ou moins éloignée, et les altérations des mouvements et de la sensibilité sont également générales.

Existe-il des signes qui permettent de reconnaître que le ramollissement occupe la *protubérance cérébrale* ou le *cervelet*? Je n'ai sur ce point qu'à

analogues par les symptômes, il y a des cas exceptionnels où une lésion hémorragique ou inflammatoire du cervelet se traduit par des symptômes particuliers. Dans le fait de ramollissement cérébral observé chez un homme de cinquante-six ans à l'Hôtel-Dieu communiqué à la Société des hôpitaux, le lobe gauche fut trouvé molli, à l'autopsie, après sept jours de maladie; le début fut par un vertige subit suivi de chute, mais sans perte complète de l'intelligence était conservée, il y avait une hémiplegie gauchière, avec coordination difficile des mouvements des membres, anesthésie légère, constriction extrême de la pupille, impossibilité de déglutition, vomissement pharyngien, paralysie du larynx et urines involontaires, pouls calme, irrégulier, et enfin le trépidant très-fréquent, très-faible, face pâle, légèrement cyanosée, hémiparésie et coma bientôt suivi de mort (*Union méd.*, 1855). Les symptômes de l'arrière-gorge, la titubation des membres inférieurs, la diminution de l'intelligence et l'absence de la contracture donnent à ce fait un caractère particulier. Ces signes se retrouveraient-ils dans tout ramollissement simple du cervelet? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer à cause de la rareté extrême de la maladie et de la variabilité des symptômes cérébrales en général.

Une complication qui peut survenir dans le cours du ramollissement cérébral est l'hémorragie s'opérant au niveau même de la lésion. Rochoux a fait du ramollissement une condition nécessaire à l'hémorragie cérébrale; mais ce n'est pas de ce fait trop général qu'il s'agit. Dans le cours d'un ramollissement à marche lente, il peut survenir des symptômes apoplectiformes subits qui sont le fait de la marche rapide de la maladie (Durand-Fardel), mais je les ai vus aussi résulter d'une hémorragie effectuée au centre même du foyer de ramollissement en voie de guérison, et alors une rupture vasculaire. Il survient quelquefois, dans

festement après la mort, due à la complication, que le ramollissement en voie de réparation. Lorsque la guérison s'opère, elle s'annonce par la diminution puis la disparition complète des accidents. On a attribué certaines lésions à la circulation collatérale qui peut suppléer l'artère obstruée et prévenir la nécrobiose, si l'oblitération a son siège au-dessous du cercle de Willis (Lévesque). Mais il est clair que dans les faits de ce genre il peut bien y avoir une congestion apoplectiforme momentanée, mais non un ramollissement réel.

**RAPE** (Bruit de). — Voy. VASCULAIRES (Bruits).

**RATE**. — Située dans l'hypochondre gauche, et protégée dans l'état normal par le rebord des fausses côtes sous lesquelles elle est comme cachée, la rate peut acquérir des dimensions considérables. Elle peut alors dépasser le rebord des côtes d'un ou de plusieurs travers de doigt, envahir même l'abdomen jusqu'au niveau du pubis, et se développer en même temps vers la poitrine. Elle peut quelquefois déplacée en masse.

Les maladies de la rate ne sont pas très-variées. Sa CONGESTION (p. 228) est fréquente; son inflammation aiguë (SPLÉNITE), avec ou sans abcès, est au contraire une affection très-rare; il en est de même de sa RUPTURE suite d'apoplexie, et de celle due à une déchirure de varices de cet organe (Traube, Virchow's Archiv., 1867). L'obscurité qui règne sur ses fonctions a fait considérer sous la dénomination commune d'hypertrophie ou d'engorgement de la rate plusieurs affections encore mal définies, parmi lesquelles cependant l'hypertrophie due à l'intoxication palustre est la mieux connue; dans ce dernier cas, la rate hypertrophiée est parfois mobile et déplacée dans l'abdomen, elle constitue une TUMEUR d'un diagnostic difficile. L'hypertrophie splénique se rencontre encore dans la cachexie splénique ou lymphatique, dans le paludisme, avec la phlébite de la veine porte. Selon Peter, il y aurait un rapport proportionnel du volume de la rate avec l'élévation de la température, de telle sorte que, pour un ou plusieurs degrés, la rate augmenterait d'un ou de plusieurs centimètres (Acad. de méd., 1867). Enfin on a observé des kystes hydatiques de la rate qui ont donné lieu à des signes particuliers.

Parmi les symptômes locaux produits par les lésions de la rate, je dois rapporter certaines douleurs de l'hypochondre gauche qui s'irradient à l'épigastre, dans l'abdomen et vers l'épaule gauche (splénite), et surtout la tuméfaction de la rate sensible à la palpation vers l'abdomen. La rate n'est pas, dans l'état normal, toujours appréciable à la percussion sous les fausses côtes gauches ou au-dessous des côtes; c'est principalement lorsque l'organe est développé qu'il présente une matité plus ou moins étendue. Ce n'est que dans des cas exceptionnels d'engorgement considérable de la rate que l'hypochondre paraît généralement tendu, ainsi que la partie du ventre située au-dessous. La tumeur de l'hypochondre peut être élastique, indolente, et fournir une fluctuation obscure, un changement de couleur de la peau. Rarement elle offre à son niveau une crépitation à la pression analogue à celle que produit la neige écrasée sur le pied, et un frottement granuleux ou de cuir neuf sensible à l'auscultation pour le malade lui-même. Ces derniers signes ont été notés par Lévesque dans un cas de tumeur hydatique de la rate (Union méd., 1850). Enfin on peut quelquefois considérer comme un moyen d'élimination des collections purulentes de la rate certains abcès qui apparaissent vers les lombes (Voy. SPLÉNITE, ABCÈS, RUPTURES, HYDATIDES, TUMEURS).

**RECTUM**. — Le rectum est le siège de maladies ou de lésions diverses qui lui sont propres : chutes de l'organe hors de l'anus, hémorrhagie (p. 37), inflammation ou rectite, HÉMORRHOÏDES, TUMEURS cancéreuses ou

article particulier, le lecteur pouvant consulter avec fruit les récents de Physiologie (J. Béclard, Longet), et l'Introduction de la traduction des *Leçons* de Brown-Séquard sur les paralysies héréditaires.

**REFROIDISSEMENT.** — Voy. THERMOMÉTRIE.

**RÈGLES.** — Voy. MENSTRUATION.

**REINS.** — Profondément situés dans l'abdomen, les reins sont très-difficilement accessibles à l'examen normal. Mais ils peuvent devenir mobiles par suite du relâchement des moyens d'attache et se déplacer, ou bien acquérir un volume considérable qui leur fait envahir parfois une grande partie de l'abdomen dans ces deux circonstances que l'on peut explorer ces organes. Les reins présentent dans leur situation suffisent pour éviter les erreurs graves de diagnostic (Voy. TUMEURS de l'abdomen).

1° *Maladies.* — Lorsqu'il y a lieu de soupçonner que les reins sont affectés, faut se rappeler qu'il peut être atteint de CONGESTION (par suite d'obstruction aiguë ou chronique, avec ou sans abcès, de maladie de BILIAIRES, de kystes simples, de kystes hydatiques, de vers rénaux, etc.). Il est quelquefois difficile de distinguer ces affections d'autres affections soit dans le tissu cellulaire qui entoure le rein (PÉRINÉPHRITIS) du bassin ou de la partie supérieure de l'uretère (NÉPHRÉTIQUES, PYÉLITE, hydronéphrose).

2° *Symptômes.* — La douleur s'étendant le long de l'arc costal correspondant chez l'homme, ou à la grande lèvre chez la femme, dues aux affections rénales, les troubles fonctionnels de la sécrétion et les caractères de l'urine, sont les principales données qui servent au diagnostic des affections des reins. Malgré ses caractères spéciaux, la douleur s'irradiant vers les testicules n'est pas spéciale, car elle se rencontre dans certaines coliques hépatiques.

lquefois de la douleur lorsqu'il existe une affection rénale; mais il est toujours difficile en pareil cas de décider si cette douleur n'est pas simplement un cas de névralgie lombo-abdominale. Pratiquée vers l'abdomen, la palpation a de nombreux avantages. Elle permet de juger de la situation, de la sensibilité morbide, l'étendue, de la direction et de la consistance des tumeurs rénales, de la mobilité de l'organe lorsqu'il est simplement flottant. Rayer dit avoir ainsi reconnu la position anormale des reins dans la fosse iliaque ou sur la colonne vertébrale. Un bon moyen qu'il indique pour explorer profondément la région rénale de chaque côté, consiste à appliquer une main en arrière sur la région lombaire et de resserrer à plat avec l'autre main la région correspondante de l'abdomen, en dirigeant l'extrémité des doigts vers la ligne médiane du tronc.

La *percussion* rend également de grands services au diagnostic des affections rénales en venant en aide à la palpation; mais on ne doit pas, ainsi qu'on le fait, en exagérer l'importance, et se persuader qu'il est possible de limiter les reins dans l'état sain vers la lésion lombaire. Ce n'est que lorsque l'organe a augmenté de volume, ou déplacé, que la percussion, vers l'abdomen, a une quelque utilité (*Voy. LOMBES*).

**REINS MOBILES.** — La mobilité des reins, que Rayer a fait connaître sous le nom de *luxation des reins*, t. III. p. 783) est due au relâchement de leurs moyens naturels de contention. Désignée aussi sous les dénominations de *reins flottants*, *luxation des reins*, cette affection mérite d'autant plus de fixer l'attention qu'elle a été une source d'erreurs fréquentes de diagnostic. Fritz (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIV) a résumé dans un bon travail tous les faits connus; et il a mis sa publication, Becquet, dans un remarquable travail (*Arch. de méd.*, 1865, t. V), Trousseau (*Union méd.*, 1865) ainsi que Dietl et Gilewski, ont ajouté des notions nouvelles à celles déjà connues.

• *Éléments du diagnostic.* — Le principal est l'existence d'une *tumeur rénale* sous les hypochondres, occupant ordinairement le côté droit, rarement les deux côtés; la mobilité est son principal caractère. Tantôt le rein est tout à fait déplacé, et alors les deux mains disposées en avant et en arrière comme pour l'exploration du rein sentent facilement l'extrémité inférieure de l'organe, surtout à la fin d'une grande inspiration, et pendant l'expiration on peut refouler la tumeur sous les côtes (Fritz). Tantôt le déplacement est incomplet, et il est facile d'explorer à travers les parois abdominales, par la palpation et la percussion, la tumeur tout entière formée par le rein, dont on peut alors apprécier le volume, la rénitence, la surface lisse et la forme ovalaire; son axe est dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et il existe en dedans et en haut une dépression sensible (hile du rein). Enfin on peut constater par la pression la *vacuité* de la région lombaire correspondant au rein déplacé. — En même temps, à une *douleur* ordinairement peu vive de la région lombaire et se propageant parfois dans la direction des nerfs lombaires et sacrés, se joignent un sentiment de *faiblesse* et de *malaise* dans le bas-ventre avec des *troubles digestifs* (nausées, vomissements, digestions difficiles). Dietl a aussi comme symptômes l'*hyperesthésie*, l'*hystérie*, l'*hypochondrie* et souvent les *névralgies*.

• *Inductions diagnostiques.* — Elles découlent naturellement de ce seul élément des éléments du diagnostic. La mobilité de la tumeur, sa convexité unilatérale, quelquefois sa forme, les douleurs pénibles qui se montrent surtout pendant la station droite et la marche, et qui cessent par le repos et le décubitus, quand le ventre est maintenu avec les deux mains ou avec une ceinture, les troubles digestifs plus ou moins prononcés, constituent un ensemble



parois abdominales favorisée par l'existence de la fièvre  
que l'on regarde l'augmentation du volume et du poids des reins  
tenus que par l'enveloppe peu résistante du péritoine, co-  
efficace du déplacement, que l'augmentation soit due à  
à un calcul volumineux, à une tumeur, ou bien à une  
comme la *fluxion cataméniale*, sur l'influence de laquelle  
beaucoup. Sur 35 cas réunis par Fritz, il y avait 30 femmes  
18 à 45 ans, c'est-à-dire qu'elles étaient toutes dans la période  
fonctions génitales et reproductrices. C'est ce qui explique les  
accidents au moment des congestions de ces organes.

La tumeur, par sa présence, ou même par sa disparition  
fait croire à une *tumeur cancéreuse* si la malade est maigre  
de l'embonpoint et que la tumeur échappe à la palpation,  
que la malade dit de la tumeur qu'elle a parfaitement senti  
abdomen. Cruveilhier a vu prendre cette tumeur, à droite, pour  
du foie. Je l'ai vu prendre, du côté gauche, pour un cancer  
qui avait en même temps des vomissements fréquents et  
greux par suite de troubles digestifs continuels. On a cru  
de la *vésicule biliaire*, de la *rate*, du *mésentère*, de l'*intest*  
*tion*), de l'*ovaire*, et souvent à un *amas de matières*  
intestin. Ces erreurs sont déplorables, surtout quand elles  
à un traitement intempestif qui peut aller jusqu'à entraîner  
l'a vu chez une femme âgée de 49 ans, à laquelle on a pratiqué  
l'ovariotomie, la tumeur étant prise pour un kyste de l'ovaire.  
Les douleurs symptomatiques de l'affection ont été prises au  
*nerveuses*, pour des phénomènes d'*hypochondrie*, pour des  
baires ou sciatiques simples (Rayer); enfin on a cru à des  
quand il y avait de la leucorrhée.

L'augmentation concomitante du volume du foie, qui est

é, puisqu'il suffit souvent d'un simple moyen de contention pour faire, non le déplacement, mais le malaise habituel éprouvé par les malades. a rapporté un cas de guérison observé par Hare, et que l'on peut attribuer fluence apparente d'une grossesse. Dans un autre fait du même auteur, amélioration a été obtenue par un traitement dirigé contre une chloro-ané- oncomitante (*Voy. TUMEURS* [abdominales]).

**SONNANCES.** — *Voy. BRUITS ANOMALX.*

**SORPTION PURULENTE.** — *Voy. PYÉMIE* (p. 896).

**ESPIRATION. — RESPIRATOIRES** (Appareil, voies ou organes). aurais à entrer ici dans de très-longes détails si je n'avais traité dans une d'articles de cet ouvrage les questions relatives aux signes et aux maladies occupent l'appareil respiratoire. Les uns et les autres sont rappelés à propos fférents *organes* qui font partie de l'appareil de la respiration.

modifications que subit la respiration dans les maladies se traduisent par oubles fonctionnels et des signes physiques (*Voy. POITRINE*), parmi les- ceux de l'auscultation occupent le premier rang. J'ai consacré des articles ux à ces troubles particuliers (DYSPNÉE, TOUX, CRACHATS, etc.), et aux paux phénomènes d'auscultation, mais non à la respiration considérée certains de ses caractères que je vais rappeler.

bruit respiratoire *exagéré* (respiration puérile) est considéré générale- comme annonçant moins une lésion des organes pulmonaires dans le point l'entend, qu'une maladie d'une portion plus ou moins éloignée, les par- ines suppléant à l'inaction des parties affectées. Cependant elle est, selon in signe direct bien manifeste de certaines condensations pulmonaires. — *blesse* du bruit respiratoire a des significations très-diverses : on la cons- utes les fois que l'air arrive moins vite ou en plus petite quantité que 'état normal dans les voies respiratoires (obstructions diverses des voies nes, emphysème pulmonaire, phthisie au premier degré, congestion pul- re, pleurodynie, poumon anciennement affecté de pleurésie) ou lorsqu'il un liquide (épanchement pleurétique) ou des fausses membranes interpo- tre le poumon et les parois thoraciques. L'absence complète de bruit atoire est presque exclusivement due à une pleurésie avec épanchement.

*respiration rude*, qui comprend une variété importante que j'ai appelée ation GRANULEUSE, se constate dans l'emphysème pulmonaire, la phthisie, gestion pulmonaire, et dans tous les cas de condensation du poumon. — *iration prolongée* indique que la sortie de l'air est moins libre que son dans l'intérieur des voies respiratoires, ou bien elle dépend de ce que lision de l'air a lieu avec force par les contractions énergiques et rapides uscles expirateurs (*Voy. AUSCULTATION, Phénomènes BRONCHIQUES, CAVER- AMPHORQUES; RALES, VOIX THORACIQUE, etc.*).

respiration, considérée dans ses phénomènes extérieurs, est rarement ie (par l'effet des narcotiques ou de certaines affections cérébrales); elle pend momentanément dans l'hydrocéphalie. Beaucoup plus fréquemment t accélérée, difficile, irrégulière, parfois anxieuse, singultueuse, modifica- qui se rattachent presque constamment à la DYSPNÉE. L'inspiration, dans me de la glotte, est facile, sifflante, et l'expiration difficile. L'expiration s-prolongée par rapport à l'inspiration dans beaucoup de cas où la dysp- st extrême. Bergeron et Kastus ont imaginé un instrument enregistreur de piration analogue au sphygmographe, mais dont l'utilité n'a pas encore été imment établie.

modifications que subit la respiration dans les maladies en général se

rattachent d'abord aux affections des organes qui concourent à cette fonction, c'est-à-dire à celles des voies respiratoires, des poumons, des plèvres, des parois thoraciques, du diaphragme, des vaisseaux ou des nerfs qu'ils reçoivent. Il y a de plus une foule d'autres maladies qu'il serait trop long d'énumérer, et parmi lesquelles on a compris celles des centres nerveux : celles du bulbe rachidien, dont l'apoplexie pourrait rendre la respiration seulement diaphragmatique (Mesnet, *Acad. des sc.*, 1861); celles de la moelle, dont les lésions des cordons latéraux n'auraient pas, comme l'a dit Schiff, les troubles de la respiration pour conséquence, comme l'a montré Charcot (*Soc. méd. des hôp.*, 1865). Les inductions les plus faciles à tirer des troubles extérieurs de la respiration sont celles qui s'expliquent immédiatement par des états morbides lorsque se manifestant principalement par des signes physiques facilement appréciables.

Les voies respiratoires, constituées par les fosses nasales, la bouche, le pharynx et principalement par la glotte, le larynx, la trachée, les bronches et les vésicules ou vacuoles terminales, méritent de fixer particulièrement l'attention à ce point de vue du diagnostic. Elles doivent être considérées comme une cavité complexe où circule l'air, où s'effectue l'hématose, où retentit la voix, et où sont sécrétés des produits particuliers. Il en résulte que les symptômes ou les signes qu'on y observe doivent être cherchés dans les modifications insolites de ces différents actes, modifications tantôt faciles à constater et tantôt au contraire difficiles à saisir, selon leur valeur séméiologique différente.

Il n'est pas toujours exempt de difficultés de déterminer le siège anatomique de la lésion dans les parois des cavités aériennes ou dans le tissu pulmonaire lui-même. La bronchite, les dilatations ou les rétrécissements qui affectent les bronches sont sans doute bien constatés pendant la vie dans la plupart des cas; mais il s'en présente aussi dans lesquels, à propos de la bronchite notamment, la participation du tissu pulmonaire serait difficilement niée.

**RÉTENTIONS.** — On a ainsi désigné des états pathologiques qui résultent de la distension de certains organes creux par des produits de sécrétion ou d'excrétion, ordinairement liquides, qui y sont retenus par un obstacle morbide à leur écoulement au dehors. Ces rétentions ont lieu dans les organes abdominaux dans les voies digestives, biliaires et génitales. Je ne m'occuperai pas ici des obstructions du tube digestif donnant lieu à la rétention des matières fécales; il en a été question ailleurs (*Voy. OCCLUSIONS INTESTINALES*).

#### A. VOIES BILIAIRES.

La rétention de la bile a lieu dans le foie, dans la vésicule biliaire, ou simultanément dans ces deux organes, lorsqu'il existe un obstacle complet au cours de la bile dans le canal hépatique, cystique ou cholédoque.

1° *Éléments du diagnostic.* — Une gêne ou une douleur dans l'hypochondre droit, un ictère intense, des vomissements, de la constipation, la décoloration des selles, une augmentation du volume du foie à la palpation sous les côtes, et à la percussion vers le thorax, sans déformation de l'organe : tels sont les signes de la rétention de la bile dans le foie. — Une tumeur arrondie, non saillante à la vue, et sans changement de couleur de la peau, mais sensible à la palpation au-delà du rebord des fausses côtes, ou plus bas au-delà du rebord du foie augmenté de volume, sans dureté environnante, fluctuante, diminuant parfois par la pression qui fait alors fluer la bile dans l'intestin si l'obstacle n'existe plus (J.-L. Petit), et donnant à la percussion une matité qui dessine sa forme : tels sont les signes assignés à la rétention de la bile dans la vésicule. — La simultanéité des signes précédents caractérise à la fois la rétention dans le foie et la vésicule.

**Inductions diagnostiques.** — Malgré la netteté apparente de ces signes, le diagnostic de la rétention de la bile est loin d'être simple dans tous les cas. Les signes faciles à reconnaître sont ceux de rétention dans la vésicule, lorsque la tumeur offre des caractères suffisants; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et l'on ne doit pas considérer la saillie de la vésicule au-delà du rebord des fausses côtes comme un signe constant de cette rétention.

Les causes anatomiques de la rétention de la bile sont variées et essentielles à rechercher. La plus commune est la présence de calculs dans les conduits biliaires. Il est donc nécessaire de s'informer d'abord s'il existe ou s'il a existé, dans les antécédents, des coliques hépatiques qui expliquent la rétention de la bile. La cause ne sera pas aussi facile à déterminer si l'occlusion des voies biliaires est due à un *lombric* engagé dans le canal cholédoque (Lieutaud), à une *inflammation* et par suite à une oblitération par adhérence des parois des conduits biliaires, à une compression des conduits par des *brides cellulo-fibreuses* ou par une *tumeur*, cancéreuse ou autre, développée dans le voisinage ou au milieu même du canal biliaire. On a encore admis que la contraction spasmodique des canaux ou même leur invagination pouvait les obstruer et produire la rétention de la bile, mais on ne s'est appuyé que sur des probabilités. Cette énumération montre toute la difficulté qu'il peut y avoir à constater l'existence de ces différentes causes, qui ne se manifestent par aucun signe spécial, et au sujet desquelles on ne peut émettre que des suppositions.

En parlant de la CHOLECYSTITE (p. 189), j'ai indiqué les caractères différentiels de la rétention de la bile dans la vésicule et de l'abcès de ce réservoir. C'est la distinction qui puisse induire en erreur; car la confusion ne pourrait avoir lieu avec un *abcès du foie*.

La rétention de la bile étant constatée, on peut jusqu'à un certain point déterminer le siège de l'obstacle au cours de la bile. Il occupe le canal hépatique, si la rétention est isolée dans le foie; le canal cystique, si elle est limitée à la vésicule (alors il n'y a pas d'ictère); le canal cholédoque, si la rétention existe dans le foie et la vésicule biliaire. Ces distinctions sont très-justes; mais il est rare que les faits se présentent avec cette netteté dans la pratique.

On peut avoir affaire à deux formes différentes de la maladie : à une forme aiguë ou rapide qui accompagne la colique hépatique, ou bien à une forme chronique, dans laquelle les signes de la rétention biliaire existent sans accidents concomitants. Dans ce dernier cas, il y a eu parfois des coliques hépatiques antérieures, ou bien un calcul s'est engagé lentement dans les canaux biliaires, où il a pris droit de domicile, sans donner lieu à des douleurs vives. Une tumeur fluctuante de la vésicule peut constituer alors le signe principal qui attire l'attention, s'il s'agit de l'obstruction du canal cystique ou cholédoque, ou bien ce n'est que par la péritonite suraiguë résultant de la rupture de la vésicule distendue que la rétention se manifeste, et, dans cette circonstance, il est facile de rapporter la péritonite à sa véritable cause. J'ai observé à l'Hôtel-Dieu un fait de cette espèce. En pareil cas, la bile perd ses caractères et devient aqueuse, ce qui a fait donner à la lésion la dénomination d'*hydropisie de la vésicule*. C'est dans cette forme chronique de la maladie qu'il faut rechercher la permanence ou non de la tumeur, ou si elle communique avec l'intestin, et l'on constate par la compression.

**Pronostic.** — Il est quelquefois grave par le fait de la rupture de la vésicule qui survient surtout lorsque la rétention de la bile est prolongée.

**VOIES URINAIRES.**

— *Hydronéphrose.*



On a appelé *hydropisie du rein*, *distension* ou *hydronéphrose rénale*, la rétention de l'urine dans le rein par suite de l'obstruction des voies urinaires. L'urine ainsi accumulée devient séreuse, sans pourtant cesser de contenir une certaine quantité d'urée.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic*. — Le principal signe est une *tumeur* dont le volume varie, suivant Rayet, de celui du poing à celui de l'utérus tel qu'il est dans les derniers mois de la grossesse.

Dans ce dernier cas, la *tuméfaction du ventre* et même de la région lombaire est sensible à la vue; mais lorsque la tumeur est moins développée, la palpation et la percussion peuvent être les seuls moyens de la constater. La palpation fait percevoir une tuméfaction indolente, bosselée comme un gros intestin distendu, molle et fluctuante, qui occupe une plus ou moins grande étendue au niveau du rein distendu et aminci, ou des deux reins si l'un et l'autre sont affectés, car, suivant Rayet, l'hydronéphrose double ne serait pas très-rare. La percussion donne un son mat qui permet de limiter assez exactement l'étendue de la tumeur. Cependant très-souvent celle-ci, quoique volumineuse, reste confinée dans la profondeur de d'hypochondre et échappe à l'exploration la plus attentive. L'urine rendue est le plus souvent naturelle, le rein sain suppléant le rein malade dans sa fonction. La *santé générale* n'est d'ailleurs nullement altérée, de sorte que la tumeur indolente est en réalité le seul symptôme de l'hydronéphrose.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques*. — Le diagnostic de l'hydronéphrose est souvent difficile, comme celui de toutes les tumeurs abdominales qui se développent d'une manière latente et chronique, et qui ne s'accompagnent pas de troubles fonctionnels concomitants propres à éclairer le clinicien. Tout en tenant compte des caractères présentés par la tumeur, qui feront au moins soupçonner l'hydronéphrose, il faudra en rechercher la cause. S'il a existé précédemment des *calculs néphrétiques*, et s'il y a eu, comme antécédent, émission de graviers dans les urines, ces commémoratifs rendent probable l'existence de *calculs urinaires* obstruant l'uretère. L'expulsion de fragments d'*hydatides* par l'urètre sera également un antécédent précieux comme pouvant expliquer l'obstruction des voies urinaires par des hydatides. Enfin des causes moins faciles à saisir sont l'existence de *tumeurs cancéreuses* comprimant l'uretère, et surtout des *vices de conformation* existant chez le nouveau-né.

Si l'on tient compte de l'ensemble de ces données, il ne sera guère possible de confondre l'hydronéphrose qu'avec certains kystes volumineux des reins ou avec la distension du bassin et des calices par le pus de la pyélite. — Les *kystes simples* assez volumineux pour simuler une hydronéphrose sont extrêmement rares et se développent sans être précédés ou accompagnés d'aucun symptôme, tandis que l'hydronéphrose est presque toujours précédée d'incidents particuliers qui se rapportent à l'obstruction des voies urinaires. — Dans la *pyélite*, suivant Rayet, la tumeur rénale est presque toujours douloureuse, et l'urine est chargée de pus, à moins que toute communication ne soit interceptée entre le bassin inflammé et la vessie, ce qui n'est pas le fait le plus ordinaire. Mais c'est précisément dans ces cas d'obstruction que la confusion est inévitable, le praticien ne pouvant s'appuyer sur des signes différentiels suffisants. Au reste, la pyélite peut survenir comme complication de l'hydronéphrose; elle s'annonce alors par des frissons irréguliers, de la fièvre, et une douleur rénale.

3<sup>o</sup> *Pronostic*. — L'hydronéphrose n'est pas grave lorsqu'elle n'occupe qu'un côté; les malades peuvent vivre pendant de longues années avec cette



on en vaquant à leurs occupations, le rein sain suppléant à l'action de celui qui est affecté. Mais que, dans ces conditions, la sécrétion ou l'excrétion de l'urine ne se suspende pendant un ou plusieurs jours, par une cause quelconque, et la mort surviendra rapidement.

— *Rétention d'urine dans la vessie.*

**Eléments du diagnostic.** — Lorsque l'urine est accumulée dans la vessie, elle a le pouvoir en être spontanément expulsée, et qu'elle est en quantité suffisante pour faire plus ou moins déborder la vessie au-dessus des pubis, elle produit une tumeur qui est le signe principal de cette rétention. Cette tumeur, qui se situe plus ou moins haut dans l'abdomen, de manière à dépasser quelquefois le pubis, et à rendre l'abdomen saillant à la vue, est ordinairement indolente;

sa forme est *demi-ovoïde* à convexité supérieure, sensible à la palpation, et présente tantôt sa *rénitence* et tantôt sa *mollesse* et sa *fluctuation*, si la percussion des parois abdominales le permet; elle donne à la percussion un son mat et une tumeur supérieure *convexe*, au-dessus de laquelle se perçoit le son clair de l'intestin. Le son mat, dont le siège ne varie pas avec les diverses positions du malade, diminue d'étendue et disparaît même avec la tumeur, si le *cathétérisme* est pratiqué et qu'il est issu de l'urine accumulée dans la vessie; c'est là un signe très-important, qu'il faut toujours rechercher. A cette tumeur, dont la formation est lente ou progressive, se joignent soit une émission difficile et incomplète de l'urine, soit son arrêt et son écoulement involontaire goutte à goutte (urine rendue par regorgement), soit la suspension complète. Si celle-ci se prolonge, la vessie distendue peut arriver à un volume énorme, et la fièvre survenir avec des troubles généraux graves.

**Inductions diagnostiques.** — La rétention d'urine n'est pas toujours facile à diagnostiquer qu'on pourrait le croire. Le cathétérisme, en faisant disparaître la tumeur sensible à la palpation et à la percussion, est certainement un excellent moyen de se prononcer avec certitude; mais d'une part on peut hésiter de l'employer, et d'un autre côté le cathétérisme n'est pas toujours facile.

Dans le premier cas, on a pu prendre la tumeur vésicale pour une ascite, et se méprendre même à pratiquer la paracentèse, erreur que le cathétérisme est heureusement empêché. Une pareille confusion paraît inconcevable si l'on se rappelle que la matité de la vessie distendue est convexe supérieurement et immobile, tandis que celle de l'ascite a au contraire une limite supérieure concave et varie latéralement suivant la position du sujet (*Voy. ASCITE*). — Les tumeurs dont l'*utérus* est le siège peuvent donner à cet organe un développement analogue à celui de la vessie dans la rétention d'urine; mais dans les tumeurs utérines, l'émission spontanée de l'urine est habituellement facile et naturelle, et elle ne se suspend pas, le cathétérisme lèverait tous les doutes. — Il en serait de même de certaines tumeurs fluctuantes de l'ovaire.

On suppose que le cathétérisme ne soit pas possible par suite d'un obstacle à l'urètre, au niveau de la prostate (cas le plus fréquent), ou par suite de la compression d'une tumeur extérieure au col de la vessie, la constatation de cet obstacle lui-même serait une donnée confirmative de la rétention d'urine, et ne l'expliquerait suffisamment. Le toucher vaginal chez la femme, rectal chez l'homme, et l'exploration de l'hypogastre et des régions inférieures du ventre, pourraient éclairer sur la nature de l'obstacle. La rétention d'urine a lieu par obstructions du canal de sortie de l'urine, ou bien par suite de la paralysie de la vessie (dans les *fièvres graves*, avec des lésions variées des centres nerveux, des *névroses*).

que fut mortelle. La mort étant survenue, on constata l'existence du liquide aurait pu faire diagnostiquer pendant la

3<sup>e</sup> Pronostic. — Il n'est grave que dans les cas où l'on négige à l'urine par le cathétérisme, et dans ceux où l'on tente vainement la rupture de la vessie et des infiltrations urinaires en conséquence (Voy. PARALYSIE de la vessie, p. 761).

#### G. VOIES GÉNITALES.

Les obstructions des voies génitales, chez l'homme et la femme, sont des causes de stérilité. De plus, chez la femme, il peut y avoir des obstructions des voies génitales, qui s'opposent non-seulement à l'écoulement du sang menstruel, mais encore à la sortie des règles, et même à la sortie de l'enfant pendant l'accouchement. Dans ce dernier cas, l'oblitération du col utérin est accidentelle, et la cause n'en est pas bien connue (Méd., 1860). Mais c'est surtout au point de vue du diagnostic du flux menstruel chez la femme que j'ai à m'occuper des obstructions des voies génitales.

Cette rétention du flux menstruel a été principalement étudiée dernièrement par Bernutz, à qui l'on doit le travail le plus complet publié sur ce sujet (Bernutz et Goupil : *Clinique sur les femmes*, t. I). Il admet qu'une obstruction des voies génitales peut souvent confondre les effets du liquide sanguin cataménial avec ceux de plusieurs maladies : la congestion morbide qui marque le début de la métrite ; la distension de l'utérus et des trompes par le sang accumulé en amont de l'obstacle, avec des phlegmons des ligaments, enfin le reflux sanguin dans le péritoine par le pavillon de la trompe, ou une simple hématoécèle. Après ces causes, il en est d'autres qui peuvent se répéter successivement à plusieurs époques : les adhésions, les concrétions sanguines, les hydrométries de l'utérus.

nt une tumeur arrondie sus-pubienne, au niveau de laquelle on peut percevoir la fluctuation.

Il n'y a aucun doute sur la signification de ces différents symptômes si l'on constate en même temps un obstacle à l'écoulement du sang au dehors des paravaginales. A ce point de vue, on peut diviser les faits de Bernutz en deux catégories. Dans la première, l'oblitération complète ou incomplète est manifeste et facilement constatée : il y a *imperforation du canal vulvo-utérin* (congénitale ou due à des cicatrices), *rétrécissement* (également congénital ou acquis) du vagin ou du col utérin, ou enfin obstruction de la cavité du col par *pseudo-membranes*. Dans une seconde catégorie se rangeraient les obstacles moins facilement constatés : les *déviation utérines* (les flexions en paracourbe), la *contraction spasmodique* du conduit excréteur lui-même, ou du col utérin (troubles fonctionnels), et un état anomal, congénital ou acquis, des trompes.

Une borne à ce court exposé du diagnostic de la rétention du flux menstruel me paraît suffisant pour montrer la question dans l'acception la plus large qu'on lui ait donnée.

**RÉTINITE.** — Les inflammations de l'intérieur de l'œil, visibles seulement à l'OPHTHALMOSCOPE, se lient souvent à l'existence de maladies internes, et peuvent par conséquent être connues du médecin. Ces inflammations ont été classées, par rapport à leur siège anatomique au niveau de la choroïde, de la papille, de la papille du nerf optique, et dénommées choroïdite, rétinite, névrite, papillite, névrite optiques, névro-rétinite; mais elles se combinent fréquemment, et c'est surtout la rétinite, et la névrite de la papille optique qui s'y lient, qui ont de l'importance au point de vue du diagnostic des maladies générales.

Je ne rappellerai pas les nombreux travaux dans lesquels cette question a été traitée (Voy. OPHTHALMOSCOPIE) et parmi lesquels se trouve l'excellente monographie de Follin (*Leçons sur l'application de l'ophtalmoscopie au diagnostic des maladies de l'œil*, 1859), à laquelle j'emprunte en grande partie les détails descriptifs qui suivent.

La *hyperémie de la rétine* et de la papille est le premier degré de leur inflammation, qui est primitive ou qui succède à une choroïdite, ou enfin à une lésion des nerfs optiques. Ce premier degré est facile à constater, à cause de la *surface nacrée* sur laquelle reposent les *vaisseaux variqueux* qui déterminent des sinuosités plus ou moins étendues sur la surface rétinienne. Ces vaisseaux, lorsqu'ils sont très-dilatés, sont le siège d'un *pouls veineux*, que l'on trouve quelquefois chez les sujets sains, mais seulement après un exercice qui a excité la circulation; rien de semblable n'existe dans les artères. En conséquence de cette rétinite congestive, il existe parfois une *injection oculaire très-considérable* et des *hémorrhagies* rétinienues (par rupture) et des *plaques rouges* bien distinctes, qui peuvent se résoudre. — A cette rétinite congestive succède la rétinite vraie ou exsudative, qui se manifeste d'abord par un *léger trouble blanchâtre, opalin*, dans la profondeur de l'œil. Ce trouble n'empêche pas d'abord de découvrir les couches profondes choroïdiennes (on sait que, dans l'état normal, la rétine a une parfaite transparence); plus

le trouble augmente et la papille peut même disparaître totalement, remplacée, comme on l'a dit, sous l'exsudat qui la recouvre; sur ce fond trouble, on distingue de petites *plaques ecchymotiques* et des *taches jaunâtres*, d'aspect brillant, que l'on constate principalement sur le trajet des vaisseaux. Le trouble de la rétine est dû à la métamorphose graisseuse qu'ont subie les cellules nerveuses; des granulations graisseuses existent aussi au niveau des

la diphtérie compliquée d'accidents paralytiques, certaines maladies, l'hystérie, la syphilis, la méningite des tuberculeux, cérébrales et cérébro-spinales, etc., toutes celles, en un mot, qui sont liées à l'amaurose ou d'amblyopie. Au mot AMAUROSE, j'ai traité la question de l'emploi de l'ophthalmoscope (pp. 44 et 45), et l'on a vu, dans la préface, combien sont variées les conditions des troubles de la vue, conditions qui encore ne sont pas tous des troubles de la vue, quoique d'origine si différente, se rattachent à différents degrés de rétinite que j'ai rappelés tout à l'heure.

L'albuminurie ou plutôt la *maladie de Bright* est, sous ce rapport, la maladie qui a été le mieux étudiée. Ici se présentent les noms de nombreux auteurs, tels que Stellwag von Carion, Virchow, Wagner, H. Muller, Lécorché, qui ont contribué à l'importance des recherches pathologiques qui ont été faites sur le vivant à l'aide de l'ophthalmoscope, et sur le cadavre avec le résultat que les lésions qui ont été énumérées plus haut, et qui surviennent dans la maladie de Bright, présentent ceci de particulier que les taches jaunes sont nombreuses et comme groupées par place. Follin (cité) si l'amaurose albuminurique à marche rapide signalée (1858) qui produirait une cécité complète, mais ne tiendrait pas à quelque œdème partiel, mobile, fugace de la rétine, se voit souvent dans la maladie de Bright. La question n'est pas résolue.

Je ne m'arrêterai pas à la plupart des autres maladies qui sont liées à des troubles amblyopiques ou amaurotiques qui se rattachent à des troubles généraux, mais je me contenterai d'appeler particulièrement l'attention sur la maladie de la SYPHILIS, et sur les TUMEURS intra-crâniennes, à propos de la question des données diagnostiques que l'ophthalmoscope peut fournir (voy. aussi OPTHALMOSCOPIE).

**RÉTRACTIONS.** — Voy. CONTRACTURES.

**RÉTROFLEXIONS ET RÉTROVERSIONS.** — Voy.

le la cavité au-dessus de l'obstacle, par le fait de l'arrêt des corps solides, de la *réten*tion des corps liquides ou gazeux qui y circulent habituellement; enfin leur *expulsion rétrograde* par des voies insolites. Comme conséquences accessoires des rétrécissements, je dois rappeler aussi les inflammations consécutives des organes voisins.

Il résulte de ces faits, importants à connaître pour le diagnostic des rétrécissements en particulier, que ces derniers ont des caractères et des conditions cliniques qui ont la plus grande analogie avec ceux des OBLITÉRATIONS et des STÉNOSES. La compression extérieure des conduits par des tumeurs ou par d'autres causes, les lésions de leurs parois et en particulier leur épaississement, et les cicatrisations succédant à des lésions ulcéraives de leur membrane interne, enfin l'obstruction incomplète de leur cavité par des corps étrangers venus dans leur intérieur : telles sont les origines variées des rétrécissements.

Dans l'appareil vasculaire, les rétrécissements des orifices du cœur sont spécialement importants en pathologie. Mais comme leur diagnostic est impossible sans la constatation des souffles cardiaques qui les caractérisent à l'auscultation, c'est à l'article SOUFFLES que j'ai traité de leur diagnostic. Il a été mentionné également ailleurs du rétrécissement de l'ARTÈRE PULMONAIRE (Voy. S.), et implicitement du rétrécissement des artères à propos des OBLITÉRATIONS VASCULAIRES. Je renvoie au mot RÉTENTIONS pour les rétrécissements des voies urinaires et génitales; en sorte que je n'ai à m'occuper spécialement que des rétrécissements des voies respiratoires, et de certains rétrécissements des voies digestives. Une tumeur peut également comprimer la trachée, comme Moissenet en a rapporté un exemple (Soc. des hôpit., 1864). — Du côté des voies respiratoires, les rétrécissements en amont des ramifications bronchiques produisent, soit une *dyspnée* plus ou moins intense, soit *asphyxie* plus ou moins rapide.

Le rétrécissement peut exister au niveau des fosses nasales des enfants nouveau-nés, par suite du gonflement inflammatoire de la pituitaire dans le coryza naissant. C'est ce qui rend cette affection plus grave dans le premier âge qu'à l'adulte; il en est de même de certaines pharyngites dans les mêmes conditions.

Le spasme de la glotte, qui se rencontre principalement aussi chez l'enfant, le tétanos de la glotte, qui est au contraire plus fréquent à l'âge adulte, la laryngite simple intense, la pénétration d'un corps étranger dans le larynx, surtout le développement de pseudo-membranes dans cet organe (croup), peuvent aussi en rétrécissant et obstruant les voies respiratoires supérieures, entraîner l'asphyxie souvent rapide qui en résulte. — En l'absence de ces différentes affections pathologiques, il peut arriver que la cicatrisation d'une ulcération trachéale (ordinairement syphilitique) rétrécisse l'air de ce conduit au point d'entraîner une asphyxie lente, qui, à un moment donné, peut causer très-rapidement la mort, comme l'ont démontré des faits rapportés par Moissenet et moi. Plus récemment U. Trélat, à propos de la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires (Gaz. hebdomadaire, 1869), a fait une bonne étude des rétrécissements de cette nature. Les lésions syphilitiques sont d'autant

plus fréquentes qu'on se rapproche davantage de la partie supérieure de l'arbre trachéobronchique; mais toutes ne produisent pas le rétrécissement. Habituellement le rétrécissement s'annonce par une gêne respiratoire lentement croissante jusqu'à ce que les accès de suffocation surviennent. Il faut qu'on sache que le rétrécissement de la trachée est le plus rare, puisqu'on n'a pu en réunir que



ceux des voies aériennes situées au-dessous. La dyspnée croissante est la marche presque fatale des rétrécissements de la trachée.

Les mêmes résultats, la dyspnée croissante et l'asphyxie, sont aussi les principaux signes de la compression de l'origine des artères du médiastin, et notamment par des tumeurs.

B. — Les rétrécissements des *voies digestives* sont extrêmement nombreux. Je ne fais que rappeler ceux qui résident au niveau de la bouche, les conséquences de la cicatrisation consécutive à la gangrène buccale (p. 129) et le rétrécissement du *pylore* par suite d'un cancer (p. 130), d'où résulte la dilatation morbide de cet organe (Voy. DILATATION). Mais je dois entrer dans de plus grands détails au sujet de ceux de l'œsophage et de l'intestin.

#### A. — Rétrécissements de l'œsophage.

Outre les nombreuses observations de rétrécissements de l'œsophage qui ont été publiées, il a paru deux monographies importantes : la *Mémoire de Mondière* publié dans les *Archives de médecine clinique* de Béhier, qui est la plus complète qui ait été faite jusqu'à présent. Ce travail est basé sur 161 observations, la plupart faites par différents observateurs.

Ces rétrécissements se diagnostiquent d'après un petit nombre de signes : gêne dans un point fixe de l'œsophage, avec *sentiment de constriction* tant après l'ingestion des aliments ; *difficulté de la déglutition* des solides d'abord, puis des liquides ; *rejet des aliments*, soit immédiatement, soit deux ou trois heures après, tantôt sans efforts, tantôt avec effort, avant faire craindre la suffocation ; à un moment donné, rarement, *passage* d'une portion des aliments à travers le rétrécissement (Cassan) ; rarement aussi, sorte de roulement répété, *bruit sourd* attestant la difficulté du passage ; enfin une sonde introduite dans l'œsophage, constate, à une profondeur plus ou moins grande, un *obstacle qui l'arrête*, et qui tantôt est facilement franchi, tantôt résiste, et tantôt ne permet pas le passage de la sonde.

apportés par les auteurs au rétrécissement de l'œsophage, parce qu'ils sont lement dus à la lésion qui produit ce rétrécissement. Parmi ces différents cas, il en est qui se rattachent aussi bien au rétrécissement de l'œsophage qu'à la DILATATION immédiatement supérieure qui en est la conséquence. Ce sont des signes connexes.

Le rétrécissement étant reconnu, quelle en est la cause anatomique ? Tel est le point capital du diagnostic qui, dans certains cas, présente d'assez grandes difficultés. — Les antécédents suffisent parfois pour éclairer la question : l'ingestion d'un *corps étranger* ayant déterminé dans l'œsophage une *inflammation* de longue durée, comme l'ingestion de *liquides âcres et caustiques*, ou, en effet, suivie de rétrécissements bien constatés. Peut-être en a-t-il eu le même à la suite de l'ingestion de *liquides très-chauds* ou d'aliments irritants. — Mais de toutes les lésions, le *cancer de l'œsophage* et les *tumeurs* diverses qui peuvent comprimer plus ou moins fortement ce conduit, sont de loin les plus fréquentes. On a considéré aussi comme causes de cette compression les anévrysmes de l'aorte, les engorgements des *ganglions lymphatiques* du médiastin, les *abcès* aigus voisins de l'œsophage, l'hypertrophie considérable de la *glande thyroïde*, l'engorgement et l'endurcissement du *thymus*. On rencontre des faits dans lesquels des rétrécissements de longue durée se situaient à l'autopsie en une simple diminution partielle du calibre de l'œsophage sans cicatrisation apparente. Ch. Bernard en a rapporté un intéressant exemple (*Union méd.*, 1856), et ce fait n'est pas le seul. Quelle que soit l'extension de ces faits, ils sont réels et ne doivent pas être perdus de vue dans le diagnostic du rétrécissement œsophagien. — West, de Birmingham, a publié des cas de rétrécissements syphilitiques (*Dublin quart. journ.*, 1860).

Pourrait-on confondre le rétrécissement avec d'autres lésions de l'œsophage ? Le spasme de l'œsophage pourrait peut-être induire en erreur, si cette affection se manifestait pas irrégulièrement par des accès passagers, tandis que le rétrécissement a ordinairement des symptômes continus. Cependant il faut s'en souvenir, ainsi que l'a fait observer Mondière, qu'il a été cité des faits de rétrécissement œsophagien (Heineken, J.-J. Leroux) dans lesquels des rémissions assez longues des accidents ont pu faire croire momentanément à la guérison. Béhier a insisté sur les rémissions de ce genre, qui peuvent rendre le diagnostic plus difficile.

Il faut prévoir une issue funeste lorsqu'il existe une lésion à marche nécessairement progressive et envahissante, telle que le cancer ; dans tous les cas, en tout cas, où l'ingestion des aliments devenant insuffisante ou impossible, l'inanition entraîne nécessairement la mort.

— *Rétrécissements de l'intestin.*

Cette affection est assez rare. Elle doit être considérée, hors les cas de rétrécissement congénital, comme la conséquence d'une affection antérieure. Il n'est pas rare ici que des rétrécissements dus à une lésion des tuniques intestinales, ou de ceux qui résultent de leur compression ou de leur étranglement, ont été cités à l'article OCCLUSION INTESTINALE.

La constipation habituelle plus ou moins opiniâtre, alternant avec une diarrhée abondante, la tension, le ballonnement du ventre, qui est quelquefois aggravé par suite de la dilatation des anses intestinales par des gaz, le hoquet, les nausées, des vomissements alimentaires ou bilieux : tels sont les signes communs aux rétrécissements intestinaux. Si le rétrécissement occupe le rectum, il y a un sentiment de pesanteur vers le périnée, dysurie due à la compression de la vessie par des matières fécales, selles comme rubanées, et, par le toucher

ment produit le rétrécissement (Voy. *op. cit.*, t. XXIV). Louis (*Rech. sur la phthisie*) a démontré qu'il en est uniquement chez des tuberculeux. Peut-être doit-on admettre parmi les affections ulcéreuses qui entraînent le rétrécissement soigné, il y a environ une quinzaine d'années, un malade d'une démiq grave, à la suite et depuis laquelle il a été constamment alternatives de constipation et de diarrhée porracée, que je ne qu'à un rétrécissement par cicatrisation d'ulcérations dysentériques habituellement chancelante depuis, se soutient néanmoins, et plus grave de rétrécissement, sauf parfois quelques nausées et l'lonnement du ventre, n'étant survenu. On a vu aussi des rétrécissements succéder à l'élimination d'une anse intestinale ; le rétrécissement être alors suivi de mort. Enfin il peut exister un rétrécissement sans traces de lésion, cicatricielle ou autre, analogue à ceux que l'on a rencontrés quelquefois au niveau de l'œsophage. J'en donne un exemple (p. 608) (*Voy. Duchaussoy, Anatomie pathologique des viscères internes*, 1860).

Le rétrécissement intestinal, dont la marche est chronique et terminée, est d'autant plus grave qu'il diminue davantage la capacité intestinale, et qu'il occupe une partie plus éloignée du rectum.

**RHINORRHAGIE.** — Voy. ÉPISTAXIS.

**RHUMATISME.** — Cette affection, multiple dans ses manifestations, est l'une des plus fréquentes que le praticien soit appelé à traiter, et d'une grande importance au point de vue du diagnostic. Sa nature est bien connue. Aussi est-il difficile de bien déterminer la valeur des manifestations symptomatiques qu'on a rapportées au rhumatisme. Elles constituent un ensemble d'affections douloureuses aiguës ou chroniques, des muscles, des nerfs, des tissus séro-fibreux et de la peau. C'est ainsi qu'on a considéré comme *rhumatisme de l'ur*

**Rhumatisme articulaire.**

faits de rhumatisme que l'on rencontre dans la pratique sont tantôt aigus, chroniques.

**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.**

*Éléments du diagnostic.* — Les symptômes qui révèlent l'existence du rhumatisme articulaire aigu sont locaux ou généraux. — Les premiers se contentent principalement au niveau des grandes articulations, qui sont le siège d'une douleur spontanée supportable dans le repos, mais devenant intolérable au moindre mouvement, par la pression ou même au simple contact. A cette douleur se joignent un gonflement sensible, surtout au niveau des articulations superficielles, une coloration rosée, diffuse, qui est loin d'être constante, et une fièvre plus ou moins élevée. L'intensité de ces symptômes est très-variable. On est de même des phénomènes généraux ou fébriles, qui peuvent manquer presque complètement (rhumatisme articulaire sub-aigu), ou bien offrir une intensité plus ou moins grande, sans être toutefois aussi prononcée que dans la fièvre typhoïde, la pneumonie ou les fièvres éruptives, ainsi que l'a constaté Louis, qui n'a vu le pouls dépasser 90 pulsations que dans des cas exceptionnels. La chaleur de la peau est en même temps élevée, et les sueurs sont très-abondantes, parfois même très-copieuses ; dans certains cas, on constate une éruption miliaire aux parties supérieures du tronc. La céphalalgie est assez fréquente, il y a la nuit des réveils en sursaut provoqués par les mouvements spontanés qui se produisent ; la langue est quelquefois blanchâtre, la bouche pâteuse, la déglutition difficile ; il y a souvent de la constipation. Enfin il y a dans certains cas de la dysurie, ce qui peut tenir à ce que les contractions de la vessie sont douloureuses, ou bien aux qualités irritantes de l'urine ; celle-ci est foncée, acide, elle se trouble très-vite par le refroidissement et laisse déposer un sédiment plus ou moins abondant.

En outre de ces éléments symptomatiques, il existe une foule d'autres données diagnostiques dont il sera question chemin faisant.

*Inductions diagnostiques.* — Dans l'exposé des éléments du diagnostic du rhumatisme articulaire aigu, je n'ai pas parlé de *prodromes*. Suivant Lasèque (*des angines*, 1868), il y aurait des phénomènes prodromiques qui lui ont fait plusieurs fois prévoir l'invasion prochaine d'un rhumatisme de ce genre ; ils constituent l'*angine rhumatismale aiguë*. Il n'a jamais vu cette angine se développer dans le cours de la maladie principale, mais auparavant, dans la période prodromique ou plutôt d'*incubation*. La fièvre se montre d'abord, et pendant les vingt-quatre heures, le plus souvent au réveil, la déglutition est difficile, avec sensation d'âpreté et de sécheresse au niveau du voile du palais ; il y a une rougeur diffuse des piliers des amygdales, avec plus ou moins de tuméfaction de la luette. Cette affection locale s'immobilise ou s'étend ; mais au bout de quelques jours, la fièvre s'abaisse et la convalescence arrive, sans que le bien-être ni l'appétit. Ce n'est que plusieurs jours après, que le rhumatisme proprement dit se déclare. Cette angine prodromique ou d'incubation, que Lasèque a dénommée *angine rhumatismale aiguë*, n'est sans doute pas constante, car elle n'a pas été notée par d'autres observateurs.

Il faut considérer que les phénomènes locaux articulaires, avec ou sans fièvre, sont en théorie que le diagnostic du rhumatisme articulaire ne doit pas en être de difficulté. Mais il n'en est pas ainsi au lit du malade, comme on le voit plus loin. Non-seulement il faut tenir compte des douleurs articulaires avec gonflement et parfois rougeur, mais encore de la pluralité des articulations atteintes, et surtout de la mobilité des phénomènes locaux arti-

symptômes locaux; et dans d'autres enfin, le mouvement noncé, tandis que les phénomènes articulaires sont peu acc

Les trois périodes d'augment, d'état et de déclin que l'on marche du rhumatisme articulaire sont rarement aussi régulières, n'est pas toujours exactement continue : il y a des recidives fréquentes du côté des symptômes, tantôt locaux tantôt des deux côtés simultanément; en outre, peu d'affections récidives aussi fréquentes.

Ces diverses particularités ne doivent pas être perdues de vue souvent caractéristiques. Il en est de même des causes de lesquelles l'hérédité comme prédisposition, et l'action du froid prolongé (Chomel et Requin), le corps étant en sueur, occupent. Il ne faut pas toutefois prendre le mot *froid* dans un sens rhumatisme articulaire aigu est inconnu dans les régions polaires *pays tempérés* qu'on le rencontre communément, car on le trouve plus dans les pays tropicaux que dans les pays très-froids. Un fait qu'il est bon de connaître, a été signalée par Blache; c'est qu'il déterminait, dans les vingt-quatre heures, une fièvre intermitte rhumatisme articulaire aigu chez une dame qui avait déjà été atteinte de la même maladie (*Soc. des hôpit.*, 1867).

Certaines maladies qu'il faut connaître peuvent donner lieu, par exemple, à un véritable rhumatisme articulaire; mais la complication observée dans ces circonstances n'a bien souvent que les apparences

Si l'on doit admettre que c'est le vrai rhumatisme qui est le déclin de la scarlatine, ainsi que Pidoux l'aurait constaté, que des arthrites non rhumatismales dans les phénomènes observés montrent dans la *blennorrhagie*, et dans les conditions qui produisent la *PHLÉBITE* (accouchement récent, fièvre puerpérale) — Si alors les symptômes articulaires occupent une seule



s maladies avec phénomènes articulaires simulant le rhumatisme aigu, trent encore dans la pratique. On ne saurait donc trop recommander de se prononcer à la légère pour l'existence du rhumatisme, lorsque on s'annonce pas franchement par un ensemble de données parfaitement des. Outre la *blennorrhagie* et l'*infection purulente*, en effet, je dois signaler la *morve* ou le *farcin* (p. 649), la *contracture idiopathique* des (p. 233), l'*hémophilie* (p. 475), comme s'accompagnant de phénomènes articulaires qui peuvent facilement en imposer pour des rhumatismes aigus, et qui doivent être particulièrement signalés. Borchard a appelé l'attention sur les douleurs scapulo-humérales aiguës pouvant être rhumatisme articulaire, et que l'on voit survenir par suite d'*abus* chez les menuisiers débiles (*Union méd.*, 1859, t. IV, p. 373). Il faut à Benj. Ball d'avoir décrit des *arthropathies* pouvant simuler le rhumatisme aigu, et qui sont consécutives à l'*ataxie locomotrice* (*Gaz. des hôpit.*, 1869). Il faut d'autant plus se méfier des faits de ce genre que les malades peuvent se présenter pour se faire soigner de l'affection articulaire, en ignorant l'existence de l'ataxie. C'est en général vers la fin de la première période de l'ataxie locomotrice, et au début de la seconde, que les douleurs articulaires font leur apparition. Sur 18 cas d'arthropathies réunis par Benj. Ball, il en a compté 14 ayant occupé l'un des genoux ou les deux, 3 l'épaule et les articulations métacarpo-phalangiennes, et enfin une fois le coude, et une fois l'articulation coxo-fémorale. Dans tous les cas, le début a été brusque, sans prodromes. L'absence de fièvre, de rougeur et de douleur est un caractère, mais non constant. Un gonflement du membre, plus prononcé au niveau de la articulation, où se fait un épanchement synoviale, signale l'invasion. Cet état ne persiste pas longtemps, mais le gonflement artériel disparaît lentement. L'hypertrophie et l'œdème se succèdent au niveau des parties voisines des articulations, surtout aux genoux, comme le montre la figure 230. Quelques jours suffisent pour que, dans les articulations envahies, les douleurs deviennent insupportables. Aussi la tuméfaction se développe-t-elle dans une articulation, et est bientôt suivie d'hydarthrose, pourra faire croire à l'invasion d'un rhumatisme aigu, erreur que la recherche de l'ataxie locomotrice progressive fera seule éviter. Dès qu'on connaîtra la véritable cause de l'arthropathie, les particularités de l'affection articulaire faciliteront grandement le diagnostic. Ces arthropathies laissent croire à des altérations permanentes et font faire croire à un rhumatisme chronique on le verra plus loin.



Fig. 230. — Arthropathie des deux genoux dans l'ataxie locomotrice progressive (Benj. Ball).

En constatant le rhumatisme articulaire aigu, on constate en même temps sa forme et son degré d'intensité. — A ce dernier point de vue, il y a la forme *subaiguë*, dans laquelle les symptômes locaux peuvent être peu et très-supportables, et les symptômes généraux nuls ou à peu près nuls. La forme *très-aiguë* avec symptômes locaux et généraux très-intenses.

devoient l'essence de son principe.

Ce principe a été considéré comme généralisé dans l'organisme, manifestations diverses et variées qui peuvent survenir sous son nom de nombreuses complications que l'on peut voir apparaître dans le rhumatisme articulaire, mais qui, sans la coexistence des manifestations au lit du malade, ne pourraient pas être rattachées à lui. — En première ligne se placent les inflammations du cœur (*endocardite* et *péricardite*) sur lesquelles Bouillaud a attiré l'attention dans ces dernières années. Ces complications de préférence chez les jeunes gens (de quinze à trente ans), corroborent les recherches analysées dans le troisième volume des *Mémoires d'observation*. Des bruits anormaux avaient existé chez environ 50 sujets. Mais ces bruits anormaux sont parfois des souffles *anémiques* elle-même est, en effet, une complication du rhumatisme articulaire longé qui est assez fréquente, surtout si les malades ont été saignés. — La *pleurésie* est une complication qui n'est pas très différente de la *pneumonie* et de la congestion pulmonaire. Mais elle est considérée ici comme devant être attribuées au rhumatisme, en apparence en rien des congestions, des pleurésies et des pneumonies développées en dehors de cette affection. La même remarque doit être faite pour l'*angine* et la *néphrite* (p. 664) dites rhumatismales, qui sont au contraire très rares, comme le sont la *sciatique* et la *dysenterie* appelée *rhumatisme des intestins*. On a encore signalé, comme complications du rhumatisme, la *GLOSSITE* (p. 440), la *congestion* (J. Frank), la *dyspepsie* flatulente (Chomel), la *folie* (Coplan), les *contractures* ou les *paralysies* locales, la *dermalgie*. L'*érythème* des éruptions cutanées diverses (autre que la miliaire), la *blennorrhée virulente*, ont encore été rattachés à la diathèse rhumatismale, mais qui n'est pas spéciale au rhumatisme articulaire.

laquelle est apparue une tumeur de ce genre, du volume d'une noix, en dehors du poignet gauche et au niveau du tendon de l'extenseur du

re autre complication, bien plus grave que les précédentes, et qui mérite également d'attirer l'attention, puisqu'elle entraîne presque constamment la, consiste dans des accidents particuliers qui surviennent du côté du cer-, et que l'on a appelés *rhumatisme cérébral*, *ataxie rhumatismale* (Vigla). Société médicale des hôpitaux s'est occupée à diverses reprises de cette tion dans les derniers temps, et a reçu des communications nombreuses de lin et Gosset, H. Bourdon, Vigla, Gubler, G. Sée, Marrotte, Moutard-Martin, moi-même. Suivant A. Ollivier et L. Ranvier, il y aurait en pareil cas, le cerveau et les méninges, des lésions analogues à celles des articulations (*cit.*). Lorsque, dans le cours d'un rhumatisme articulaire, quelle que son intensité, mais le plus souvent lorsqu'il est fébrile, on voit survenir élire avec ou sans céphalalgie, en même temps que les mouvements des ulations malades deviennent beaucoup plus faciles ou complètement libres, oit craindre qu'il ne se développe des symptômes cérébraux graves. Le dé- qui n'existe d'abord que dans les paroles et qui quelquefois ne se montre la nuit, s'aggrave; il survient de l'agitation, du coma, et ordinairement le de succombe plus ou moins rapidement, rarement en moins de deux es (H. Bourdon, Woillez), plus souvent en quelques jours. La mort a été terminaison presque constante, après une durée des accidents qui a varié e deux heures et quelques jours. Un simple propos délirant, même acci- el et dont le malade lui-même peut avoir d'abord conscience, comme j'en eservé un cas, sera donc considéré comme un des signes les plus fâcheux l'on puisse observer dans le cours du rhumatisme. La cause de cette terri- complication n'est pas parfaitement connue; on l'avait légèrement attribuée à ploï du sulfate de quinine à hautes doses dans le rhumatisme, parce que ce icament donne lui-même lieu à des troubles cérébraux, mais les faits ont énti cette interprétation. Je suis porté à croire que l'on attribue quelquefois umatisme des troubles cérébraux, suivis de mort, qu'on devrait rapporter plus de raison à la miliaire qui accompagne si souvent le rhumatisme. Cette are en effet peut être assimilée à la *suette*, qui produit quelquefois des lents nerveux absolument semblables, et rapidement mortels dans certains J'ai en ce moment sous les yeux à Lariboisière une femme convalescente de atisme articulaire aigu grave, qui s'est accompagné d'une miliaire rouge alisée très-intense, avec sueurs profuses, et que je crois devoir rap- her des faits dont il vient d'être question. Ma malade, après vingt-quatre es de délire avec liberté concomitante des articulations atteintes, a guéri s l'emploi du musc à l'intérieur et des applications répétées de sinapismes es articulations, où la gêne est revenue avec la disparition du délire. Lebert Breslau) a rapporté deux faits de rhumatisme dit cérébral, suivis de mort, mpliqués aussi de miliaire intense, qui pourrait bien suffire pour expliquer accidents cérébraux (*Arch. de méd.*, 1861, t. XVII). Il faut d'ailleurs se er de confondre les accidents cérébraux du rhumatisme avec l'agitation et élire fébrile accidentel et passager survenant dans certains rhumatismes, ans les arthrites purulentes de la pyémie.

ti a signalé encore, comme complications, des *douleurs musculaires* des abres ou du tronc, douleurs qui, pour être vraiment de nature rhumatismale, ent présenter les caractères que je rappellerai plus loin à propos du rhuma- e musculaire.



3° *Pronostic.* — Le pronostic du rhumatisme articulaire aigu est favorable dans la plupart des cas, et ce n'est que très-rarement que l'on voit survenir la mort. Il est d'ailleurs très-difficile de prévoir quelle sera la durée de la maladie; aussi le médecin doit-il être très-réservé sur cette question. Chomel a fixé cette durée à trois septénaires, Macleod à quatre semaines environ, en indiquant comme durées extrêmes dix et cent douze jours (*Med. chir. review*, 1837).

La terminaison fatale a lieu par suite d'une complication, le plus souvent par suite d'une complication cérébrale, et exceptionnellement par le fait d'une endocardite, au moins d'une manière aiguë. Des cas de guérison des accidents cérébraux ont cependant été rapportés par Marrotte, Moutard-Martin, Statter (de Mulhouse); Gubler en a trouvé un dans Giannini, et j'en ai rencontré un autre dans un Mémoire de A. Robert (de Chaumont) sur la fièvre miliary (1838). Ces complications, du moins celle du côté du cerveau, surviennent quelquefois en même temps que les phénomènes articulaires disparaissent complètement, comme je l'ai dit précédemment, dans de prétendues métastases; je dis prétendues, la métastase étant considérée comme un transport de l'humeur rhumatismale des articulations à un viscère.

#### B. RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

1° *Éléments du diagnostic.* — En élaguant autant que possible dans la description des auteurs ce qui est étranger au rhumatisme articulaire chronique, on reconnaît que la maladie se présente dans deux conditions différentes au point de vue des symptômes. — Une première forme, la plus légère, mais à la même temps très-fréquente, consiste en de *simples douleurs* au niveau des articulations, qui ne sont ni gonflées, ni déformées. — Dans la seconde, au contraire, il y a un *gonflement irrégulier* des articulations atteintes, et atrophie des parties voisines par suite de leur immobilité prolongée, d'où résultent des *déformations péri-articulaires* plus ou moins prononcées, suivant l'ancienneté de la maladie. La peau conserve sa *couleur* et sa *chaleur* naturelles, sauf dans les cas de recrudescence aiguë; la *douleur*, rarement continue, est fréquemment nulle dans l'immobilité, mais elle devient insupportable dès que l'on fait exécuter des mouvements un peu forcés; enfin il peut arriver qu'en imprimant des mouvements aux extrémités articulaires, on constate une *ankylose* ou une sensation de *frottement* dépendant de lésions plus ou moins profondes des surfaces articulaires. Il n'existe pas de symptômes généraux, à moins qu'il ne survienne des eschares comme complication.

2° *Inductions diagnostiques.* — Quoique ces phénomènes paraissent suffisants pour bien caractériser le rhumatisme chronique articulaire, il serait aisé de le confondre avec d'autres affections localisées aussi au niveau des articulations, si l'on ne tenait pas compte de l'ensemble des particularités qui le rattachent à la maladie, et notamment de sa marche et de son origine.

En premier lieu, la pluralité ou la multiplicité des articulations envahies par le rhumatisme chronique, suffit pour le distinguer des affections mono-articulaires de longue durée. En second lieu, la mobilité lente des phénomènes locaux disparaissant d'une articulation pour se porter sur une autre, quelquefois pendant un assez long temps, avant de se fixer d'une manière définitive, constitue un genre d'évolution dont il faudra tenir grand compte; malheureusement il n'est pas constant. La marche de l'affection est du reste variable suivant les faits, qu'il y ait de simples douleurs à retours plus ou moins fréquents sous l'influence du froid, ou bien que les articulations soient le siège d'un gonflement plus ou moins douloureux et à marche continue. — Une donnée étiologique très-importante à rechercher est celle de l'existence, au début, d'un rhumatisme

laire aigu ; c'est, en effet, un commémoratif d'une très-grande valeur ostique. Si la maladie est chronique d'emblée, l'étiologie est plus vague dans les cas aigus, mais d'ailleurs la même.

Même lorsqu'il n'existe que des douleurs articulaires sans déformation, on pourrait être porté à des ARTHRALGIES de nature diverse, ou bien à des douleurs peu intenses de MYALGIE, dont on rejettera cependant l'existence en l'absence des *foyers* nerveux sur le trajet des nerfs, au niveau des articulations et en dehors de celles-ci.

Même quand il y a des déformations articulaires, on peut croire à la goutte si elles ne sont que des petites articulations des extrémités, ou bien, si les autres articulations sont envahies, à des tumeurs blanches ou à des affections d'une autre nature. — Quant à la *goutte*, j'ai rappelé ailleurs (p. 453) qu'il existait des cas dans lesquels elle attaquait de grosses articulations (cou-de-pied, genoux). D'un autre côté, il y a des rhumatismes chroniques qui occupent les petites articulations. Lorsque, dans de semblables circonstances, les antécédents et l'évolution ultérieure de la maladie n'élucident pas la question, il y a nécessairement impossibilité de se prononcer pour l'une ou l'autre affection.

La rencontre des faits de ce genre est résultée de ce qu'on a appelé *rhumatisme goutteux*, par une sorte de compromis qui énonce la difficulté sans la résoudre, mais qui ne fait qu'exprimer l'opinion des observateurs, relativement incertains, qui admettent, avec Chomel et Requin, que la goutte et le rhumatisme sont une seule et même affection. Nous reviendrons tout à l'heure sur la forme de rhumatisme chronique.

On distingue le rhumatisme articulaire chronique d'une *tumeur blanche* en ce que celle-ci ne s'endolorit que lentement, et qu'elle existe ordinairement sur le même individu, tandis que le rhumatisme présente des caractères variables. Ce n'est que lorsqu'il y a une hydarthrose rhumatismale occupant une articulation, et absence de données anamnestiques suffisantes pour résoudre la question, que l'on pourrait croire plus aisément à une tumeur blanche, si l'actuation et la déformation n'étaient pas régulières dans le premier cas, et que, dans le cas de tumeur blanche, la résistance du gonflement est élastique et la fluctuation toujours partielle lorsqu'elle existe. — On n'oubliera pas que l'*arthrite simple* laisse presque toujours après elle une raideur parfois douloureuse lorsqu'on veut forcer les mouvements de l'articulation malade, et qui pourrait en imposer pour un rhumatisme articulaire chronique.

La déformation habituelle des symptômes antérieurs et aboutissant à une seule articulation ne permet pas d'en conclure. — Il en est de même des arthropathies qui imitent l'athétose locomotrice et qui sont dues à des lésions articulaires.



Fig. 231. — Arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire gauche (Benj. Ball).

de longue durée. La figure 231 se rapporte à un malade dont Ball (*loc. cit.*) a fait l'observation à Second-Féréol, et qui présentait une arthropathie de l'ar-





Fig. 232. — Partie supérieure de l'humérus sain.



L.

Fig. 233. — Vértible atrophie de la tête de l'humérus produite par l'ataxie locomotrice (Ball).

que l'on attribue  
tisme ce qui sera  
Mais il est bien r  
attaque les os lo  
leurs extrémités  
même dans ce c  
chaleur et mêm  
peuvent surveni

dans un point limité, et si l'affection a provoqué un épanchement tuméfaction générale de toute l'articulation, la douleur ne se fait sentir que dans un point particulier. De plus, à égalité de souffrissant ne pourra pas remuer le membre malade, et le véritable gardera tous ses mouvements (Chomel et Requin); de plus, les circonstances anamnestiques révéleront l'existence antérieure vénériens qui seront pour le diagnostic un trait de lumière — encore prendre pour des douleurs rhumatismales chroniques l'intoxication saturnine (p. 572), de l'ostéomalacie (p. 70

Le rhumatisme articulaire chronique étant reconnu, il se précise l'état anatomique des articulations atteintes. Suivant été observés, il n'existerait pas d'altération notable lorsque la fléxion et la déformation n'ont pas été considérables et que sont encore possibles dans de certaines limites. Mais les craquements au toucher, qui accompagnent ces mouvements dans certains qu'il y a une altération plus ou moins profonde des surfaces cartilages ou même des extrémités osseuses. Enfin l'ankylose résulte de ces lésions par soudure des surfaces de l'articulation.

Les formes du rhumatisme articulaire chronique sont assez opposées en apparence dans leurs caractères pour qu'on en fasse des distinctions différentes. Charcot insiste avec raison pour qu'elles

subaigu ou partiel. Son diagnostic est facile, car il occupe presque exclusivement les petites articulations des mains et des pieds, et y produit des déformations caractéristiques. Ces déformations, chez les jeunes sujets, consistent en surs et extensions des phalanges les unes par rapport aux autres, avec subluxations qui dépendent des douleurs spasmodiques et des rétractions musculaires. Chez les sujets plus âgés, les déformations résultent de déviations plus prononcées, des subluxations articulaires, avec subluxations et déviation des doigts, nodosités avec atrophie des muscles des extrémités contraste d'une manière remarquable. La destruction des cartilages diarthrodiaux, la production de végétations osseuses, et la raréfaction du tissu osseux des extrémités articulaires, sont les lésions principales que produisent ces déformations articulaires, et qui sont suivies d'immobilité complète ou incomplète. Le développement symétrique de ces déformations différencie ce rhumatisme de la goutte, de même que son début plus brusque et par une grosse articulation, et l'absence de la diathèse urique (Charcot). Le rhumatisme nouveau peut se généraliser d'emblée assez rapidement, ou avoir une évolution lente. L'évolution rapide se remarque chez les jeunes sujets, et est accompagnée d'abord de fièvre, avec rougeur et tuméfaction des jointures, et souvent avec complications cardiaques. L'évolution lente s'observe chez les sujets âgés de 40 à 60 ans. Très-rarement elle a pour point de départ un rhumatisme articulaire aigu. Enfin, suivant Charcot, cette espèce de rhumatisme n'est pas toujours concentré sur les jointures ; il peut se manifester aussi par des affections viscérales, qui sont tantôt semblables à celles du rhumatisme articulaire, tantôt propres au rhumatisme chronique, comme l'*ophthalmie* et la *néphrite albumineuse*. Cornil (*Gaz. méd.*, 1864) signale la coïncidence des lésions du cœur, spécialement la péricardite aiguë ou chronique, de la cystite, du pyélo-néphrite, et, à une période avancée, d'une dyspepsie (inappétence, vomissements, diarrhée), d'où résulteraient une cachexie et des eschares fongueuses. Mais l'influence du rhumatisme sur toutes ces affections n'est suffisamment démontrée.

Il n'est pas très-rare de voir des *névralgies* compliquer le rhumatisme articulaire chronique; elles ont même été considérées comme une manifestation primitive rhumatismale, mais c'est surtout dans le cours du rhumatisme musculaire que l'on est exposé à les rencontrer. Enfin on a attribué à la diathèse rhumatismale la production de certaines *blennorrhagies non virulentes*, et, à une certaine mesure, celle de la *chorée* (Copland, Sée). Les *ankyloses*, que les *eschares*, qui peuvent se former dans les cas d'immobilité absolue des malades, et qui entraînent ordinairement une issue funeste précédée de  *hecticque*, sont encore des complications que l'on peut observer dans le cours de cette maladie, lorsqu'elle a une certaine gravité.

**Pronostic.** — Le rhumatisme articulaire chronique est souvent très-rarement il n'est pas funeste par lui-même, quoi qu'en aient dit les auteurs qui ont confondu avec certaines tumeurs blanches. Seulement, le décubitus prolongé et forcé sur une partie, par suite des douleurs articulaires, peut provoquer la formation d'*eschares* que je viens de rappeler, et qui peuvent entraîner la mort. On a cité de nombreux exemples de guérison de rhumatisme articulaire chronique.

#### **Rhumatisme musculaire.**

**Éléments du diagnostic.** — Aigu ou chronique comme le rhumatisme articulaire, il a pour caractère essentiel la *douleur vive qui accompagne les contractions des muscles affectés*; il en résulte que les mouvements que ces muscles déterminent se trouvent arrêtés brusquement et arrachent des cris et des



plaintes au malade, souvent préoccupé de chercher une position non douloureuse, et qui est justement celle dans laquelle les muscles atteints sont dans le relâchement. La douleur devient alors très-supportable ou disparaît momentanément, jusqu'à ce que des contractions volontaires ou involontaires viennent la réveiller. C'est le plus souvent la nuit que surviennent des paroxysmes de cette espèce, dans lesquels il y a aussi des douleurs spontanées lancinantes analogues à celles des névralgies, sans cependant qu'elles en aient la rapidité. Outre la douleur par les mouvements, la douleur spontanée, et les paroxysmes qu'elles présentent, on leur reconnaît, dans un certain nombre de cas, une *mobilité* analogue à celle du rhumatisme articulaire. Il n'existe d'ailleurs aucun phénomène extérieur (rougeur ou tuméfaction) au niveau des muscles atteints. Si j'ajoute que le rhumatisme peut n'atteindre qu'un seul muscle ou s'étendre à un plus ou moins grand nombre, et que la douleur cause parfois une *insomnie* complète et très-rarement quelques légers troubles fébriles, principalement au début (horripilations, chaleur, malaise, céphalalgie), j'ai énuméré les symptômes les plus importants du rhumatisme musculaire général.

2° *Inductions diagnostiques.* — Lorsque l'on est en présence d'un rhumatisme musculaire aigu caractérisé par les douleurs qui lui sont propres, on observe que sa marche est continue, avec des exacerbations irrégulières, et parfois avec la mobilité qui a été rappelée tout à l'heure; sa durée est ordinairement de quelques jours, au plus de quelques semaines, mais avec des rémissions bien tranchées. Lorsqu'il est chronique, les rémissions sont plus prolongées encore, et parfois même complètes pendant un temps plus ou moins long. — Si l'on cherche à remonter aux causes de la maladie, on constate les mêmes que pour le rhumatisme articulaire.

Le rhumatisme musculaire ne peut être confondu sans inattention avec la MYOSITE, l'inflammation des muscles étant caractérisée par une douleur d'une extrême intensité, par l'impossibilité absolue des contractions, par l'absence de toute rémission, par le gonflement douloureux et parfois par la rougeur au niveau du muscle affecté. — Mais c'est surtout avec les douleurs superficielles considérées comme musculaires dans l'*hystérie*, que le rhumatisme peut facilement être confondu (p. 540). — Il en est de même des douleurs *névralgiques*, d'autant mieux que le rhumatisme musculaire a été considéré comme une névralgie des branches musculaires des nerfs (Valleix), et que les deux affections peuvent ou alterner ou exister simultanément. Toutefois l'absence des foyers névralgiques à la pression sera la preuve qu'il ne s'agit véritablement d'une névralgie. — Enfin, dans des cas rares, on pourra hésiter entre l'existence d'un rhumatisme musculaire ou articulaire. J'ai vu une fois atteinte d'un rhumatisme aigu siégeant au niveau des muscles de l'épaule et de la plupart de ceux du membre supérieur, et chez laquelle je constatai, avec la difficulté extrêmement douloureuse des mouvements, la sensibilité des muscles à la pression, et l'absence de toute douleur articulaire lorsque, en disant à la malade de s'abandonner autant que possible à elle-même, j'imprimais de légers mouvements au bras dans l'articulation scapulo-humérale, ou à l'avant-bras sur le bras. Il était évident que les articulations étaient libres.

Le rhumatisme musculaire étant reconnu, son *siège* sera par cela même déterminé; mais ce siège peut donner lieu à des particularités nécessaires à rappeler.

a. — Dans le rhumatisme du muscle *occipito-frontal* recouvrant la région épicroânienne (rhumatisme épicroânien), la douleur occupe l'occiput, le front,

ciput, et se fait principalement sentir quand on fait mouvoir le cuir cheu- en dehors des mouvements, cette douleur constitue une espèce de céphal- qu'il ne faut pas confondre avec la névralgie occipitale ou trifaciale peu e.

— Les *muscles des yeux* et les principaux muscles *masticateurs* (tempo- masséters) peuvent aussi être affectés. Lorsque le rhumatisme occupe les- ateurs, la mastication est très-pénible ou même impossible. Il ne faut pas r que les affections de l'articulation temporo-maxillaire ont un résultat able, mais alors la douleur est beaucoup plus limitée et fixée dans un petit e au-devant du conduit auditif, tandis que, dans le rhumatisme des muscles er et temporal d'un côté, la douleur occupe une vaste surface au niveau empe et en arrière de la joue.

— Lorsque les *muscles du cou* sont atteints, ce qui a lieu ordinairement lite de l'action du froid, il en résulte un *torticolis rhumatismal* qui se este le plus souvent au moment du réveil et qui force les malades à une billié presque caractéristique, avec légère inclinaison de la tête du côté . Tout mouvement de la tête et surtout les mouvements latéraux provo- des douleurs extrêmement vives. Valleix a signalé, comme forme particu- le ce rhumatisme, une affection douloureuse des muscles postérieurs du a'il appelle *cervicodynie*, et qui ne diffère du torticolis latéral que par son en arrière du cou, et par son extension aux muscles occipitaux ou aux nerfs me nom, ce qui fait alterner ou coïncider le rhumatisme avec la névralgie ale. Valleix note de plus, comme signes particuliers de la cervicodynie : rition ou l'augmentation vive de la douleur quand le malade incline la tête rière, sa diminution ou disparition dans le repos absolu; une *douleur e* qui va en augmentant dès que la tête est baissée en avant, un état de e dans la tête, de la tension dans cette partie et des *étourdissements* nt très-marqués, sans qu'il y ait congestion.

— A la région *thoracique*, plusieurs muscles peuvent être atteints de rhu- me. — Lorsque ce sont les intercostaux, on a affaire à la *pleurodynie*, le diagnostic avec les autres affections thoraciques est très-important. Dans variété de rhumatisme musculaire, la douleur se développe principale- dans les grandes inspirations, par la toux, l'éternument, et par la pression spaces intercostaux occupés par les muscles rhumatisés, sans que la per- on ou l'auscultation révèlent des signes thoraciques, du moins par le fait de urodynie. Mais on peut confondre la pleurodynie avec la *névralgie dorso- costale*, ainsi que Valleix l'a parfaitement démontré (*Voy. NÉVRALGIE*), et at, lorsqu'il existe certains signes de percussion et d'auscultation, avec la *estion pulmonaire*, qui peut échapper, comme je l'ai démontré, à un en peu attentif (*Voy. CONGESTION pulmonaire*).

— Le rhumatisme des muscles de l'épaule, ou du plutôt *deltοide*, mérite mention spéciale, parce qu'on peut le confondre avec une arthrite. Mais, cette dernière affection, tous les mouvements du bras sur l'épaule, soit laires, soit produits par le médecin, sont impossibles sans douleur; tandis dans le cas de rhumatisme, c'est en particulier lorsque le malade veut er son bras du tronc que la douleur se manifeste. De plus, les muscles dans le relâchement, l'observateur peut imprimer à l'articulation de mou- nts plus ou moins étendus qui ne provoquent pas de sensation douloureuse ne dans l'arthrite.

— Le *lombago* ou rhumatisme de la région lombaire est observé fréquem- . Lorsqu'il est peu intense, la douleur peut ne se faire sentir que dans les

sont surtout faciles lorsqu'il s'agit de *tumeurs* qui attaquent donnent lieu à une douleur que l'on peut prendre pour chronique : tel est, par exemple, l'*anévrisme de l'aorte* de *g.* — Une autre espèce de rhumatisme musculaire qu'il reconnaître, est celui *des parois antérieures et latérales* s'observe surtout chez les femmes. Cette dernière circon fondre plus facilement avec la *péritonite*, qui précisément est observée chez la femme que chez l'homme. La douleur distingue ici de celle qui serait due à une péritonite en ce qu'elle s'intensifie dès que les malades veulent s'asseoir (*Voy. p. 793*) comprimer largement et de plus en plus fortement l'abdomen sans rendre la douleur insupportable, tandis qu'une péritonite saurait être supportée dans la péritonite. Si l'on ne tient pas compte de ce caractère distinctif, qui est précieux, on commettra presque toujours une confusion, surtout si le rhumatisme s'accompagne de fièvre.

*h.* — Le rhumatisme musculaire *des membres* est très-facile à reconnaître par ce que la douleur par les mouvements, dans les muscles même, est intermittente, et l'absence complète de toute douleur vive dans les articulations sont des caractéristiques. Aussi le distingue-t-on facilement des *névralgies* par l'absence de douleurs lancinantes spontanées, et de *paralysies* par l'absence de paralysies. On ne le confondra pas non plus avec les *douleurs de courbature* survenant à la suite d'une fatigue musculaire avec celles que l'on observe dans le cours de la *syphilis* ou de la *saturnine*, ou vers la fin de la *phthisie pulmonaire* (arthralgie). La coïncidence des autres symptômes donne à ces douleurs leur véritable signification.

*i.* — Des muscles plus profondément situés, comme ceux du *diaphragme* (p. 804), du *pharynx* et de l'*œsophage* (p. 804), de la  *vessie* (p. 804), sont atteints quelquefois de rhumatisme, et i



Enmi les complications du rhumatisme musculaire, on a signalé des *paralysies partielles* de certains muscles, avec ou sans *atrophie* consécutive, et rarement des *contractures*, dans le torticolis, par exemple. Je me contiens de les rappeler, attendu qu'il en a été suffisamment question aux mots *PARALYSIES* et *CONTRACTURES*. Quant aux *névralgies*, qui alternent fréquemment avec le rhumatisme musculaire ou qui coïncident avec lui, et à la suite desquelles il peut survenir des *paralysies partielles* comme à la suite du rhumatisme musculaire, doivent-elles vraiment être rangées ici comme des complications de la dernière maladie? D'après ce que j'en ai dit dans le courant de cet ouvrage, les *névralgies* ne constitueraient-elles pas plutôt des manifestations rhumatismales au même titre que celles qui occupent les articulations et les muscles. Malgré l'affirmation tranchante de certains pathologistes à cette dernière occasion, on peut se convaincre, pour les *névralgies*, de même que pour plusieurs autres affections réputées *rhumatismales* dont j'ai parlé, qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de distinguer les uns des autres les faits de ces affections qui sont ou non d'origine rhumatismale. On doit sans doute attribuer cette origine dans une certaine limite, mais cette limite est impossible à circonscrire. L'action du froid comme cause ne suffit pas toujours, en effet, comme démonstration de la nature rhumatismale.

*Pronostic.* — J'ai à peine besoin de rappeler que le rhumatisme musculaire n'est jamais grave, quoiqu'il constitue souvent une affection très-rebelle.

**RIGIDITÉ, ROIDEUR.** — Voy. *CONTRACTURES*.

**RONCHUS.** — Voy. *RALES*.

**ROSACIQUE (Acide).** — Voy. *URINES*.

**ROSÉOLE.** — On doit admettre avec Rayer que les faits décrits sous ce nom doivent se rapporter à l'ÉRYTHÈME ou à la ROUGEOLE.

**ROUGE HYDRAULIQUE (Bruit de).** — Signe d'auscultation attribué à la rupture traumatique du péricarde par Morel-Lavallée (Voy. *RUPTURES*).

**ROUGEOLE.** — Cette fièvre éruptive, dénommée aussi *fièvre morbilleuse* et communément observée, se rencontre principalement chez les enfants, et n'est cependant aussi rare chez l'adulte qu'on le pensait autrefois, ainsi que l'a montré Michel Lévy (*Mém. sur la rougeole des adultes*, 1847). Cette maladie a été l'objet de travaux très-nombreux, parmi lesquels on peut signaler ceux de Rosen, Borsieri, et de Boudin, Ruz, Barthez et Rilliet. La contagion de la rougeole est incontestable; mais la maladie semblerait être aussi inoculable. Speranza l'aurait communiquée par l'inoculation du sang, et Michael, de Vienne, par celle de l'humeur lacrymale (*Gaz. méd.*, 1843).

*Éléments du diagnostic.* — Comme dans toute autre fièvre éruptive, il faut rappeler à part les phénomènes antérieurs à l'éruption (prodromes), ceux qui caractérisent l'éruption elle-même, et ceux qui lui succèdent. — Aux prodromes se rapportent : une *fièvre* plus ou moins intense, rarement précédée de frissons, selon Barthez et Rilliet (*Traité des maladies des enfants*), et accompagnée quelquefois de *nausées*, de *vomissements*, de *constipation* ou de *diarrhée légère*, et, à de rares exceptions près, d'un *coryza* intense, avec *picochissements*, *congestion des yeux*, *larmoiement*, *toux sonore* et *enrouée* tout à la fois (c'est la *toux fébrile*), et une légère inflammation du pharynx. — L'éruption, commençant après une durée de deux à cinq jours environ de ces prodromes, se développe pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, à la suite d'un abaissement de l'état fébrile. Elle apparaît d'abord sur le menton, les joues et toute la face, sous forme de *taches rosées*, petites, légèrement saillantes sur leur totalité, déchiquetées et morcelées sur leurs bords, disparaissant

sonorité thoracique est variable, tympanique ou légèrement congestion généralement négligés par les auteurs); à l'auscultation, une respiration normale ou des râles sonores ou humides. Le piqueté manifeste à l'isthme du gosier. — L'ensemble de la face croît ensuite rapidement pendant quatre, cinq ou six jours; des sueurs apparaissent, et il survient une desquamation fine, furfuracée, rarement très-générale, débutant et se limitant à la face, selon la remarque de Trousseau.

2<sup>e</sup> Inductions diagnostiques. — Tels sont les phénomènes qui caractérisent la rougeole simple. Ils suffiraient parfaitement pour le diagnostic, s'ils n'offraient pas de nombreuses anomalies, présentant toujours à l'état simple; mais il n'en est pas toujours ainsi, on le verra plus loin.

Le diagnostic de la rougeole, à sa période de prodrome, se fonde sur l'existence de la fièvre avec les signes d'un coryza intense, le larmolement et l'éclat des yeux, d'où résulte un faciès d'épidémie, suffit souvent au diagnostic à première vue, l'éclatante particulière qui accompagne ces divers symptômes à hâter de se prononcer, si l'éruption fait défaut après quelques jours, car on a vu l'éruption ne se montrer qu'après huit jours et le prodrome ne présente malheureusement pas toujours de caractéristiques, et lorsque la rougeole est anormale, ils peuvent être faibles ou nuls. Il serait d'ailleurs possible de confondre avec la rougeole, le coryza qui s'accompagne de symptômes généraux, la morve, ou celui d'une diphthérie débutant par les fosses nasales, des cas difficiles que l'on pourrait tirer parti de l'examen de la gorge, l'affirme le professeur Lasèque, la rougeole, comme la scarlatine, par la gorge avant de s'étendre à la peau, et y est identiquement la même. On constate dans le pharynx, débarrassé, s'il le faut, de



zole : ses taches sont isolées et un peu morcelées ; mais il faut noter qu'elles se montrent en général plus tôt que les taches morbillieuses, qu'elles ne sont pas saillantes, qu'elles sont plus étendues, qu'elles se réunissent très-souvent en larges plaques, et surtout qu'elles présentent un pointillé et de petites vésicules que n'offre jamais l'éruption de la rougeole. — Lorsque les taches morbillieuses se montrent comme premier symptôme, sans fièvre ni autres caractéristiques (sans coryza, larmolement, sans toux férine), on peut croire à un simple érythème. On peut affirmer qu'il en a été fréquemment de même qu'on a dû considérer au contraire des érythèmes comme des rougeoles. Ces erreurs sont très-faciles quant à l'aspect des deux éruptions, qui peuvent être le même. On peut cependant, en tenant compte des phénomènes épidémiques et des circonstances dans lesquelles s'est développée la maladie, de l'existence d'une épidémie régnante de rougeole, ou le voisinage de personnes atteintes de cette affection, arriver à un diagnostic très-probable. La marche ultérieure de l'éruption et l'apparition ou le défaut de desquamation peuvent ou non le confirmer. — Lorsque la fièvre du début n'est pas accompagnée des symptômes prodromiques rappelés plus haut, l'éruption boutonneuse de la rougeole peut être prise pour une variole. Dans ce cas, la thermométrie pourrait être utile, attendu que l'abaissement de la chaleur, qui a lieu de part et d'autre au moment de l'éruption, se fait vers le 3<sup>e</sup> jour dans la variole, et seulement vers le 6<sup>e</sup> jour dans la rougeole, comme le montre la figure 234. Sans la marche ultérieure de la maladie, on décide bientôt la question ; mais on agit de se prononcer au moment même, on peut commettre l'erreur, car cela est arrivé déjà, et considérer comme une rougeole une éruption érythémateuse papuleuse. On recherchera l'existence pas sur les papules de la rougeole quelque point vésiculeux dont l'existence ferait rejeter celle d'une éruption morbillieuse. Quant à l'existence des taches vaccinales, elle n'a pas une très-haute valeur pour faire rejeter l'idée d'une éruption varioliforme, ces éruptions pouvant se développer chez des individus vaccinés. — Il faudrait examiner la maladie avec bien peu d'attention pour prendre la rougeole, affection essentiellement aiguë, pour une syphilide érythémateuse à son début, cette dernière, étant très-différente de la rougeole par beaucoup d'autres signes, étant très-différente de la rougeole par sa marche très-lente et par sa persistance. L'éruption de la rougeole peut être douteuse lorsqu'elle se fait sur la peau recouverte d'une abondante desquamation produite par toute autre cause, les taches étant en partie cachées par les squames ; mais un examen attentif et les phénomènes antérieurs et concomitants font ordinairement cesser toute hésitation.



Fig. 234. — Tracé de la température dans un cas de rougeole, le point culminant répondant à l'apparition de l'éruption (G. Sée).

Il s'agit de rechercher les traces d'une rougeole récente, ce qui est quelquefois nécessaire dans la pratique, on n'oubliera pas que la desquamation de la rougeole se rencontre presque exclusivement à la face, qu'elle est furfuracée, qu'elle pourrait être simulée par le pityriasis, qui est loin d'être rare au début chez des enfants, mais qui offre des plaques à contours bien délimités, tandis

que la desquamation morbillieuse n'a pas de limites précises. L'examen microscopique des matières excrétées par différentes voies montrerait aussi des fragments d'épithélium, selon Helft (1843), et cet *exanthème* aurait même une intensité qui serait en raison inverse de l'éruption cutanée.

Ainsi, pour reconnaître la rougeole, principale question à résoudre, on y parviendra en général en tenant compte de l'ensemble des phénomènes, de leur marche, de leur succession. On devra aussi tenir compte de la plus grande fréquence de la maladie chez les enfants âgés de 3 à 10 ans, de l'existence d'une *épidémie* régnante, et souvent d'une cause manifeste de contagion. Mais que le diagnostic soit facile ou douteux, il faut le compléter en se demandant si la rougeole est : 1° *régulière* ou *irrégulière*; 2° *bénigne* ou *grave*; 3° *simple* ou *compiquée*.

Les données du diagnostic, telles que je les ai rappelées, démontreront que la rougeole est régulière, bénigne et simple. Mais d'abord l'irrégularité de la marche, l'absence ou l'atténuation de tel ou tel symptôme, et la violence exagérée de certains autres, peuvent modifier profondément l'allure de la maladie. C'est ainsi qu'au début la fièvre peut être très-intense, et s'accompagner de convulsions, de délire; qu'il peut y avoir prédominance de vomissement, de la diarrhée, parfois avec douleurs de ventre et météorisme. Plus tard, la desquamation peut être très-abondante, quoique l'éruption ait été peu prononcée. D'un autre côté, la fièvre du début est quelquefois à peine marquée ou manque complètement, et l'éruption est alors le premier symptôme observé; cette éruption fait au contraire seule défaut dans la rougeole dite *sans éruption*, que l'on ne doit admettre qu'avec une extrême réserve; d'autres fois l'éruption est très-peu marquée, pâle, terne, fugace, et ne se montre que dans une petite étendue du tronc; dans d'autres, au contraire, l'éruption se prolonge pendant plus de dix jours, ou bien elle est si abondante et si pressée, qu'on l'a dénommée *confluente*; enfin elle peut être d'un rouge très-foncé ou violacé, et Lombard a trouvé une fois de véritables vésicules à son niveau, ce qui est tout à fait exceptionnel. Il en est de même des sudamina observés par Boudin et Michel Lévy. Enfin le coryza et la bronchite sont quelquefois nuls ou à peine marqués. Il ne faut pas oublier que beaucoup d'épidémies sont caractérisées par des anomalies de ce genre.

Décider de la *bénignité* ou de la *gravité* de la rougeole est une question de pronostic traitée plus loin; mais cette question est subordonnée en grande partie à celle de l'absence ou de l'existence des complications de la maladie.

Ces *complications* sont extrêmement nombreuses, et l'on a discuté beaucoup sur leur nature, en les considérant tantôt comme une manifestation spéciale de la rougeole, et tantôt comme un des épiphénomènes communs aux maladies fébriles. Comme les nombreuses maladies qui constituent ces complications, quelle que soit l'opinion qu'on s'en fasse, ne présentent pas dans la rougeole d'autres caractères que ceux qu'elles offrent à l'état de simplicité, je me contente de les énumérer. Ce sont, au niveau des muqueuses : la *broncho-pneumonie*, à laquelle j'ajouterai la *congestion pulmonaire*, qui est constante au début des fièvres éruptives; la *stomatite*, la *pharyngo-laryngite* érythémateuse, ulcéreuse, pseudo-membraneuse (croup), ou spasmodique; la *pharyngite* gangréneuse, l'*œsophagite*; les *catarrhes* et *phlegmasies* des *intestins*, avec douleurs abdominales, diarrhée abondante, météorisme, taches violacées; l'*ophtalmie*, quelquefois purulente (Heyfelder); le *coryza* pseudo-membraneux, la *leucorrhée*. — En dehors des muqueuses, il se développe d'autres inflammations utiles à énumérer, parce qu'on les rencontre dans toutes les maladies aiguës, comme accidents secondaires. Les *hydropisies* liées à une maladie de



nt ici aussi rares qu'elles sont communes dans la scarlatine. Les gies par différentes voies, par la peau (purpura) ou par les muqueuses par exemple, sont également rares, et il en est de même des acci-  
braux ou ataxiques sans affections particulières qui les expliquent. nts cérébraux pourraient amener la mort chez les très-jeunes enfants de la dentition; et, selon Brachet, l'éclampsie se serait déclarée à la disparition de l'éruption par le fait d'un refroidissement. La paralysie nt dans la convalescence des maladies aiguës peut aussi succéder à la comme Bergeron a en observé un exemple chez un enfant qui, après guéri d'une gangrène de l'oreille consécutive à la rougeole, fut atteint lysie graduelle des membres du pharynx et du voile du palais (*Gaz. des* 68). La rougeole paraît en outre avoir une tendance toute particulière e tardivement la *gangrène de la bouche*, plus rarement celle du et enfin la *phthisie pulmonaire* à la suite de rougeoles survenues au ne bonne santé. Cette phthisie s'annonce par la persistance de la toux érissement, tantôt avec fièvre violente et marche aiguë, tantôt sans 'exception de celle du soir) et avec une marche chronique. La tuber-, dans cette circonstance, prédomine dans les ganglions, et surtout anglions bronchiques (Barthez et Rilliet).  
terminerai pas sans rappeler que l'éruption de la rougeole coïncide is avec d'autres éruptions aiguës, éruptions *varioliques*, *scarlatine*, *de la face*. Les deux éruptions peuvent même se développer et simultanément, avec concomitance de symptômes propres à chacune

ostic. — La rougeole est presque toujours suivie de guérison lorsqu'elle e. Elle ne devient grave que par les maladies dans le cours desquelles évolue quand elle est secondaire, ou par suite des complications. eut survenir dans la période d'invasion par l'éclampsie et le catarrhe u). La rougeole secondaire est d'ailleurs souvent compliquée. La dis-ubite ou *délitescence* de l'exanthème est fréquemment suivie d'acci- ves et même de mort; mais à cet égard il ne faut pas toujours porter stic funeste. Michel Lévy, qui a étudié les faits à ce point de vue, a froidissement et la diarrhée comme des causes probables de la déli- et, comme des accidents consécutifs : une éruption de sudamina sur une varicelle, des vomissements, de la diarrhée, l'aggravation de la , une fois seulement une tuberculisation, et enfin des groupes de com- graves. Dans certains cas, la délitescence n'a été suivie d'aucun acci-

**ŒUR, RUBÉFACTION.** — Voy. CONGESTIONS (de la peau).

**A.** — Voy. BULLES.

**URES.** — Les articles consacrés AUX COMMUNICATIONS MORBIDES et aux ions abrègent beaucoup ce que j'ai à dire du diagnostic des ruptures. donnent lieu aux mêmes accidents que les perforations. Elles peuvent par distension extrême d'organes sains d'ailleurs, comme pour la ns les cas de rétention considérable d'urine, au niveau de l'estomac aines indigestions graves, et enfin au niveau d'ABCÈS (p. 7) ou de soumises à une tension croissante de leurs parois (anévrismes, kystes s, grossesses extra-utérines, etc.). En général, le plus grand nombre res, qu'il y ait ou non une lésion préalable, s'effectuent par suite d'une extérieure, ou bien d'efforts exagérés de la part du malade. C'est l'on a vu des vomissements difficiles occasionner la rupture de l'œso-



phage (Meyer); c'est là, il est vrai, un fait très-exceptionnel. C'est surtout pour les violences extérieures traumatiques, coups, chutes, pressions, etc., que se produisent les ruptures, comme celles de la rate, sur lesquelles Vigla a publié un excellent travail (*Arch. de méd.*, 1843, t. III, et 1844, t. IV), celles du foie, des reins, de l'œsophage, du cœur, du péricarde, etc.

Une rupture dont la cause est toute spéciale est celle de l'utérus pendant la grossesse, ou bien au moment de l'accouchement; il en résulte une péritonite par suite du passage de l'enfant dans la cavité du péritoine. Dans des cas exceptionnels, cette péritonite a guéri, soit lorsque la rupture était trop étroite pour donner passage au fœtus, soit lorsque l'œuf avait été expulsé en restant dans la cavité séreuse, où il avait pu continuer à se développer grâce à des adhérences protectrices, et constituer une grossesse extra-utérine.

**SALIVATION, SALIVE.** — L'excès de la sécrétion salivaire, qui dans l'état sain a la première dentition, ou pendant la grossesse, se présente comme symptôme d'une foule d'états morbides, ou bien constitue par lui-même un état pathologique particulier. On a indifféremment dénommé *salivation*, *ptyalisme*, *sialorrhée*, l'exagération de sécrétion salivaire, qu'il ne faut pas confondre avec le simple écoulement involontaire de la salive par la bouche entrouverte par le fait d'une *hémiplegie faciale*, ou de la paralysie des muscles releveurs de la mâchoire inférieure (dans l'*hémorrhagie cérébrale*).

La salivation abondante a pour conséquences une soif vive, la gêne de la phonation et de la mastication, la dépravation du goût. La salive est presque transparente, un peu visqueuse et facilement reconnaissable. Elle ne sera pas confondue avec les liquides de l'estomac et du PANCRÉAS, qui sont quelquefois expulsés par la bouche en abondance dans certaines maladies de ces organes, le liquide étant alors régurgité par l'œsophage, ce dont le malade se rend parfaitement compte.

Le ptyalisme se rencontre : avec les OREILLONS et dans les autres affections des glandes *parotides*, qui sécrètent la partie la plus aqueuse de la salive (Cl. Bernard); dans les affections de la bouche, et principalement dans la *stomatite mercurielle*, où à la salivation se joint une fétidité extrême de l'haleine; dans les *pharyngites* primitives ou secondaires; dans la *névralgie trifaciale*, la *dontalgie*, l'*hystérie*, l'*iodisme*. Enfin on a admis un *ptyalisme essentiel* observé chez les femmes nerveuses, et, comme étant plus rare, une *sialorrhée intermittente*.

Au lieu d'être en excès, la salive fait quelquefois presque défaut; elle est alors épaisse, écumeuse, acide (*glycosurie*). Son acidité favorise le développement du *muquet*. Enfin c'est avec la salive, selon Cl. Bernard, que s'élimine principalement l'iodure de potassium qui a pénétré dans l'économie, et qui se montre dans la salive avec une extrême rapidité. Dans le cas où l'on procéderait à l'examen chimique de la salive, il ne faut pas oublier que le *sulfocyanure de potassium* fait toujours partie des éléments normaux de la salive, comme l'a montré Longet (*Acad. des sciences*, 1856), et que l'addition du perchlorure de fer donne une belle coloration rouge de sang à la salive, lorsqu'elle est suffisamment concentrée.

**SANG.** — Malgré les importants progrès réalisés dans l'étude du sang par les recherches remarquables de Berzélius, Chevreul, Andral et Gavarret, Quérrel et Rodier, Denis (de Commercey), Félix Boudet, Lecanu, Gobley, N. Prévost et Dumas, Lehman, etc., l'analyse chimique du sang ne saurait être employée pour éclairer le diagnostic clinique.

Tout en tirant parti des résultats obtenus, quant aux maladies produites par

lérations de proportion des principes du sang, et notamment de ses globules, saurait directement utiliser au lit du malade que les caractères physiques eut présenter le liquide sanguin.

Les caractères physiques du sang (dont je n'ai pas besoin de rappeler la common) sont faciles à apprécier pour la plupart, soit à la simple vue, soit à l'inspection microscopique. La *température* du sang et son *électricité*, étudiées par quelques auteurs, sont plus difficilement constatées, et ne fournissent eux aucune donnée clinique de quelque valeur.

Les premiers de ces caractères, immédiatement visibles, résultent de la couleur du sang, de sa densité ou de sa plasticité, et, si le sang examiné est en quantité suffisante, de l'état particulier du caillot et du sérum.

La *coloration* du sang, extrait des veines par une saignée, peut être rutilante comme celle du sang artériel, ou bien au contraire être plus foncée en couleur dans l'état normal, lorsque l'hématose est troublée dans les capillaires ou les poumons. Il a rarement un aspect *blanchâtre*, *laiteux* ou *chyleux*, qui indiquerait d'une matière grasse qui s'y trouve comme émulsionnée. L'addition de l'alcool fait disparaître cette anomalie. Sans être lactescent, le sang est souvent coloré au point de tacher seulement en rose le linge qu'il imbibe, comme on observe pour le sang menstruel de certaines chlorotiques. D'autres fois, le sang est par hémorrhagie ou obtenu par tout autre moyen, il est d'une couleur tirant plus ou moins sur le brun chocolat, comme on le voit dans des érysipèles (dans lesquelles cette coloration du sang fait soupçonner la *leucocytose*) et dans des cas de tumeurs hématiques, dont la nature est révélée par la tache spontanée ou provoquée du sang ainsi altéré. Enfin, mélangée aux urines ou aux excréments, la coloration normale ou anormale du sang est une donnée souvent fort utile au diagnostic, mais souvent aussi la présence du sang dans l'urine passe inaperçue ou être mal interprétée (*Voy. HÉMORRHAGIES*). Mélangé aux sécrétions diphthériques, le sang altéré donne aux parties affectées l'aspect charbonneux (Bretonneau).

La coloration plus ou moins foncée du liquide sanguin est souvent évidente à la seule inspection des parties extérieures du corps, sans que la vue directe du sang soit nécessaire. La diminution des globules rouges se traduit, en effet, par le blanchissement de la peau et surtout des muqueuses visibles, par une décoloration ou pâleur caractéristiques (anémie); l'exagération de ces globules, au contraire, s'annonce par une congestion active des capillaires donnant à la peau, aux conjonctives, une coloration d'un rouge vif et une turgescence des plus remarquables (pléthore); enfin l'imperfection de l'hématose se manifeste par la coloration rose plus ou moins généralisée des téguments, et c'est surtout par leur couleur caractéristique, que l'on juge de l'altération du sang par les matériaux colorants de la bile, et non par le mélange de la bile entière, comme on le croyait autrefois.

La densité ou la plasticité plus ou moins grande du sang dépend de la proportion plus ou moins grande de ses matériaux solides et principalement de ses globules et de sa fibrine. C'est principalement par la décoloration et par la prédominance de l'eau que l'on juge de la diminution de densité du sang, et, par des conditions contraires, de l'augmentation de cette densité; or, c'est ce qu'il est le plus facile de constater l'examen du sang réuni en assez grande quantité pour qu'il puisse se diviser par le repos en caillot et en sérum.

La coagulation du sang se fait plus ou moins rapidement, suivant des conditions encore assez mal connues, et ordinairement elle commence quelques minutes après la sortie du sang de la veine. — Le caillot se compose en grande partie de globules sanguins emprisonnés dans une trame fibrineuse avec une

ses bords tout autour du vase qui contient le sang, est ordinairement d'un jaune verdâtre, parfois rougeâtre, visqueux, d'une odeur tenant les matières colorantes de la BILE ou de la graisse.

Les signes fournis au diagnostic par les particularités du sang sont le caillot et le sérum du sang sont peu nombreux. — Le sérum par rapport au sérum se rencontre dans les cas de pleurésie, au lieu dans ceux d'anémie, où le sérum est au contraire prédominant. La mollesse du coagulum sanguin sont le plus souvent en rapport avec le moins de matériaux solides du sang. — Le sérum, par rapport au moins grande par rapport au caillot, a une signification plus grande que celle que l'on attribue au volume du caillot. De plus, le sérum a une teinte franchement jaune ou verdâtre dans l'ictère, et, le sérum graisseux prédominant dans le sang dit laiteux, c'est surtout l'aspect lactescent.

L'examen du sang au microscope a révélé des principes scientifiques de haute portée, qui ont modifié profondément les idées anciennes sur les nouveaux éléments de diagnostic. Le microscope montre des principes sanguins rouges et blancs, et la fibrine contenue dans la plasma.

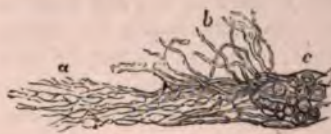


Fig. 235. — Fibrine coagulée du sang humain. — a, fibrilles fines. b, fibrilles grossières et larges. c, globules rouges et blancs retenus dans le caillot. — Grossissement : 280 diamètres (Virchow).

deux principes spécifiques du sang, et les seuls autres liquides de l'économie (cellulaire).

La fibrine, dès qu'elle se coagule, montre sous la forme de filaments fins. Les fibres forment des lacis et des nœuds. Si l'on examine un caillot au moment de la coagulation, on voit des filaments fibrineux se former.

Il faut noter que le mucus produit des fibres semblables à

ient tous de l'hématine. — 1° Virchow a dénommé *hématoïdine* la métahose cristalline la plus commune de l'hématine. On peut quelquefois l'apercevoir à l'œil nu quand elle est réunie en masse; quand elle est régulière, elle

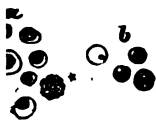


Fig. 236.



Fig. 237.



Fig. 238.

36. — Globules à noyau d'un fœtus humain âgé de six semaines. — *a*, cellules homogènes, de grandeur variable, avec un noyau simple et proportionnellement volumineux; les uns sont légèrement aplatis, le plus grand nombre présente un aspect homogène; dans un point on remarque un globule aplati. *b*, cellules à noyaux très-petits et très-netts; leur contenu est rouge. *c*, l'action de l'acide acétique a rendu les noyaux anguleux et ratatinés; plusieurs sont troubles; à droite on voit un corpuscule granulé. — Grossissement : 280 diamètres.

37. — Globules sanguins d'un homme adulte. — *a*, globule rouge ordinaire ayant la forme d'un disque. *b*, globule blanc. *c*, globules rouges vus de côté, appuyés sur leurs bords. *d*, globules rouges ayant subi une pile d'écus. *e*, globules rouges anguleux; l'exosmose leur a fait perdre une partie de leur contenu et a produit leur forme ratatinée. *f*, globules rouges ratatinés, à bords mamelonnés; leur face présente un soulèvement semblable à un noyau. *g*, ratatinement plus complet. *h*, un autre degré de ratatinement (corpuscules mélaniques). — Grossissement : 280 diamètres.

38. — Diverses formes de cristaux d'hématoïdine (Voy. *Archiv. für pathol. Anatomie*, vol. I, p. 391 et II, fig. 11). — Grossissement : 300 diamètres.

des prismes rhomboédriques obliques, d'un jaune rougeâtre ou rouge, il a été question à l'article *PIGMENT*, fig. 238 et 239. L'hématoïdine est le résultat régulier et typique de la transformation de l'hématine dans les parties du corps où se dépose une grande quantité de sang. C'est ce qui explique



Fig. 239.



Fig. 240.



Fig. 241.

39. — Pigment d'une cicatrice apoplectique du cerveau (*Archiv. für pathol. Anatomie*, vol. I, p. 401-454, II, fig. 7). — *a*, globules du sang devenus granuleux et commençant à se décolorer. *b*, celui de la neuroglie, dont une partie possède du pigment granuleux et cristallisé. *c*, granules de pigment. *d*, cristaux d'hématoïdine. *e*, vaisseau oblitéré : son ancienne cavité est remplie de pigment rouge granuleux et cristallisé. — Grossissement : 300 diamètres.

40. — Cristaux d'héméine, obtenus artificiellement du sang. — Grossissement : 300 diamètres.

41. — Globules blancs de la veine arachnoïdale d'un aliéné. — *A*, globule blanc frais. *a*, globule blanc dans son liquide naturel. *b*, globule blanc dans l'eau. *B*, globules blancs traités par l'acétique. *a*, *c*, globules blancs uninucléaires, devenant de plus en plus gros, granuleux, et ennucléolés. *d*, division simple du noyau. *e*, division du noyau plus avancée. *f*, *h*, division du noyau en trois parties. *i*, *k*, quatre noyaux et plus. — Grossissement : 280 diamètres.

Lebert a trouvé ce principe cristallin dans des crachats hémoptoïques d'un individu brun et fétides, dont il a été question à propos de l'hémoptysie (p. 487). Les cristaux d'hématoïdine sont le plus souvent très-difficiles à voir au micro-



coloré des corpuscules rouges du sang, ou de l'hématine (Voy. ICTÈRE, p. 546).

Les *globules blancs* ou *leucocytes* diffèrent des globules par leur plus grand volume, leur forme sphéroïdale, leur aspect incolore et granuleux, qui apparaît avec un ou plusieurs noyaux, quand ces noyaux deviennent plus distincts par l'addition de l'acide acétique. Ces noyaux deviennent plus distincts par l'addition de l'acide acétique. Le noyau se montre alors simple, mais susceptible de division dans la cellule, *fig. 241*. Ces globules, qui ne se dissolvent pas du pus (*Voy. Pus*), ont deux propriétés qu'il faut connaître: d'abord ils tapissent les vaisseaux lorsque l'impulsion sanguine diminue, puis ils forment des amas dans les organes (*Voy. LEUCÉMIE, LEUCOCYTE*).

Avec un très-fort grossissement, on peut, dans de certaines circonstances, voir dans le sang des infusoires microscopiques (*Voy. BACTÉRIEMIE*). Ces éléments d'analyse microscopique qui peuvent se constater plus particulièrement chez ceux qui paraissent se rattacher aux embolies et aux infarctus pulmonaires, ont montré que le prétendu pus trouvé emprisonné dans des caillots n'était pas autre chose qu'une altération blanchâtre du caillot, et que ce qu'il a appelé la régression ou transformation graisseuse. (*Méd., 1862*) aurait trouvé, dans le sang d'un sujet qui avait eu une endocardite ulcéreuse, des éléments normaux, mais étrangers. C'étaient des granulations moléculaires, des globules granuleux, de graisse, des fragments de fibres de tissu conjonctif, et quelquefois des globules et granuleux, en même temps que des éléments identiques à ceux du centre des caillots des artères splénique, rénale et hépatique, auxquels ils paraissaient avoir contribué. On retrouvait encore ces éléments dans le petit foyer qui siégeait dans l'épaisseur de la valvule mitrale, et leur origine dans les ulcérations des valvules cardiaques. On pourrait aussi trouver possible de trouver également dans le sang des éléments des concrétions intra-vasculaires qui se seraient émiettés et d



de vue, sont les causes habituelles du satyriasis, qui peut constituer une manifestation de la folie et survenir dans son cours.

**VEUR.** — Voy. GOUT, GUSTATION.

**APULUM.** — Voy. ÉPAULE.

**ARLATINE.** — Comme la rougeole, la scarlatine est infiniment plus rare dans l'enfance qu'à l'âge adulte.

**Éléments du diagnostic.** — Lorsqu'elle est simple et régulière, elle débute ordinairement par de la *céphalalgie*, de la *fièvre* et une *douleur de gorge*, qui vont ensuite en augmentant; parfois il y a des *frissons*, des *vomissements*. — Quelques heures, un jour ou deux au plus après ces prodromes, l'éruption se manifeste sur la face ou dans les plis du cou, par des *petites taches* rouges, inégales, irrégulières, déchiquetées, sans saillie, disparaissant momentanément par la pression, s'étendant et se réunissant de manière à former sur le corps de *larges plaques d'un rouge vif*, piquetées d'une multitude de petits points d'un *rouge plus foncé*; dès le second jour, et jusqu'au troisième ou quatrième jour de l'éruption, la coloration rouge et toujours pointillée est tellement intense qu'elle a été comparée à la couleur du *jus de framboise*; cette intensité est plus grande vers les plis des articulations (*aînes, aisselles*) et pendant les paroxysmes de la fièvre; elle peut persister une semaine; l'éruption produit quelquefois un *pruril* très-incommode, et souvent on peut y ajouter à la vue, et plus facilement avec une loupe, des *petites vésicules très-fines*. En même temps *peau brûlante* (à  $+41$  et  $42^{\circ}$  cent.), *sèche, rugueuse*; *soif* fort, fréquent, *soif vive*, *sommeil agité*; *face vivement colorée*, un peu *gonflée*; *yeux* vifs, injectés, quelquefois larmoyants, *narines enflées*, *nez douloureux*, *déglutition* difficile; les *amygdales* sont rouges et tuméfiées, parfois recouvertes d'un *enduit blanc, pultacé*; la *respiration* est gênée, *accéléérée*. — Dans la période de décroissance, avec la diminution de la fièvre et des autres symptômes, l'éruption cutanée prend une *teinte rouge terne* ou violacée avant de disparaître complètement. La *desquamation* de la peau se fait le plus souvent par lambeaux épidermiques irréguliers, *blanc mat*, secs, souvent très-larges, et dont l'abondance est en rapport avec celle de l'éruption. La *desquamation* par lambeaux épithéliaux se fait aussi dans la bouche et dans l'arrière-gorge. Le plus souvent la *peau*, dépouillée de son épithélium, a une surface luisante et unie, ou bien *hérissée* de papilles et ressemblant à une framboise.

Dans la scarlatine *anormale* ou *irrégulière*, il y a exagération, développement incomplet ou même absence de certains symptômes. Comme dans la rougeole *anormale*, il peut y avoir au début exagération des symptômes généraux, troubles digestifs intenses, ou plutôt des phénomènes cérébraux : délire, convulsions; tous les symptômes de l'invasion peuvent au contraire manquer et l'éruption être le premier symptôme; cependant il est rare que l'angine soit complètement défaut; l'éruption peut être plus pâle ou plus foncée que normale, et ne se montrer que dans certaines régions où l'on ne songe pas à chercher.

La rougeole présente, outre ces éléments principaux de diagnostic, une foule d'autres données utiles à connaître, et dont il sera question dans ce qui

**Inductions diagnostiques.** — Comme pour la rougeole, le malade se présente ici dans l'une des trois conditions suivantes : au moment des prodromes, avant ou après l'éruption.

— *Avant l'éruption*, l'existence d'une *pharyngite aiguë*, avec une *fièvre*

Il faut noter que, dans cette dernière affection, c'est le visage qui est le principal siège de la desquamation, tandis que pour la scarlatine, c'est principalement au voisinage des aisselles ou des aines que l'on en trouve les traces. On sait que la desquamation, qui ne dépasse guère dix ou douze jours, se prolonge parfois plus et plus.

Il faut pour toute autre fièvre éruptive, il faut se demander, lorsqu'on a reconnu ou seulement soupçonné la scarlatine, si elle est *régulière ou irrégulière, bénigne ou grave, simple ou compliquée*. On reconnaîtra facilement, par la marche, ce qui précède, si elle est régulière, bénigne et simple ; mais il n'est pas toujours de même si elle est irrégulière (ou anormale), grave ou compliquée. Il sera question plus loin des complications et de la gravité de la ma-

ladie. Quant aux anomalies qu'elle peut présenter, elles sont nombreuses, car elles portent sur les phénomènes de l'invasion, et sur les caractères ou sur la durée de l'éruption ou de la desquamation. Les anomalies de la marche ou de l'évolution de la maladie ne sont pas moins utiles à connaître. La durée des périodes régulières par la prolongation insolite des prodromes (que Trousseau admet pour durer huit jours), par le retard de l'éruption après la cessation des prodromes, par le retard de la desquamation, et par l'apparition également tardive de certains symptômes, comme l'angine que l'on a vue parfois apparaître pendant la desquamation, ou même pendant la desquamation. Lorsque la scarlatine est bénigne, le diagnostic, suivant Trousseau, peut s'établir par la seule considération de l'extrême fréquence du pouls, qui ne se retrouve que très-rarement dans les autres affections que l'on pourrait confondre avec la scarlatine (*Clinique médicale*, t. I).

La considération des données *étiologiques* n'est pas sans importance diagnostique. Il est utile de savoir, en effet, s'il existe une épidémie régnante de scarlatine, et si le malade a été exposé à des influences contagieuses : circonstances qui peuvent immédiatement mettre sur la voie de la vérité. Il n'est pas toujours non plus d'être prévenu que la fréquence de la maladie est beaucoup plus grande chez les enfants âgés de trois à dix ans qu'à un âge moindre ou plus avancé. Quant à la durée de la période d'incubation pendant laquelle on peut admettre l'influence de la contagion, elle n'a pu être déterminée d'une manière précise. Barthez et Rilliet croient l'incubation moins longue que pour la rougeole.

La condition étiologique très-importante pour le diagnostic de la scarlatine, c'est son apparition primitive ou *secondaire*. Par cela même, en effet, qu'elle apparaît dans le cours d'une autre maladie, la scarlatine est rendue irrégulière et anormale. Il est donc essentiel de rechercher s'il n'existe pas une autre affection chez le malade, dans le cas où l'on n'en aurait pas constaté avant d'avoir soupçonné ou reconnu chez lui la scarlatine.

Le degré d'intensité de la maladie est variable suivant les épidémies, qui sont en général beaucoup plus fréquemment légères que graves. — Les lésions anatomiques sont également plus ou moins accentuées selon les épidémies. — Il résulte de ces différences des *formes* diverses particulières de la maladie ; mais elles ont bien moins d'importance que les formes régulières ou irrégulières dont il a été parlé plus haut, et que celles dont il me reste à m'occuper à propos des complications et du pronostic.

La pharyngite ou pharyngo-laryngite, l'*angine scarlatineuse* en un mot, prend une intensité assez grande aux dépens des autres manifestations scarlatineuses, pour être considérée comme une *complication*. Malgré l'opinion

de quelques auteurs, on ne saurait admettre qu'elle a le caractère de complication lorsqu'elle est simple ou pultacée et qu'elle a une médiocre intensité. Dans le cas contraire, la pharyngite peut se montrer grave dès le début, ou dans le cours de la scarlatine, du deuxième au dixième ou onzième jour, selon Bartholin et Rilliet. Elle peut être simple, pultacée ou véritablement pseudo-membraneuse, ou diphthérique ou même gangréneuse, et s'accompagner ou non d'ulcérations ; ce sont des conditions diverses qu'il faut avoir bien soin de distinguer. Dans ces différentes circonstances, les ganglions sous-maxillaires tuméfiés et engorgés peuvent s'enflammer et donner lieu à des phlegmons compliqués d'infiltrations purulentes étendues. Malgré les caractères ordinairement tranchés de ces diverses espèces de pharyngites, ils peuvent faire commettre des erreurs presque inévitables. J'ai vu un adulte qui avait été admis à l'hôpital pour une éruption presque confluyente de petites plaques érythémateuses d'un rouge violacé, mal limitées, avec un érythème du nez et une pharyngite intense, avec quelques blanchâtres déprimées recouvrant manifestement des ulcérations dans certains points, notamment sur le voile du palais. On aurait pu croire à une infection syphilitique secondaire, si l'invasion récente de la maladie, la rapidité avec laquelle la pharyngite céda à quelques cautérisations au nitrate d'argent, la décoloration graduelle des taches, puis la desquamation au cou et aux aines, n'avaient démontré qu'il s'agissait bien d'une angine scarlatineuse pultacée et ulcéreuse, avec éruption anormale. Des faits de cette espèce suffisent à autoriser à recommander la recherche attentive d'une éruption scarlatineuse dans tous les cas d'angines simples et surtout d'angines complexes par suite d'exsudats pultacés ou diphthériques, de gangrène ou d'ulcérations. Les complications pultacées n'ont pas de tendance à envahir le larynx, mais les fosses nasales ; quant à l'extension de pseudo-membranes diphthériques vers le larynx, il devra la redouter lorsqu'on aura constaté leur présence dans le pharynx (V. DIPHTHÉRIE).

La *congestion pulmonaire*, qui s'observe au début de la scarlatine comme dans les autres fièvres éruptives, prend-elle quelquefois les proportions d'une véritable complication ? C'est ce qui n'a pas encore été suffisamment établi par suite de la confusion de l'hyperémie avec des *bronchites* et même des *pneumonies*, affections d'ailleurs aussi rares dans la scarlatine qu'elles sont fréquentes dans la rougeole. Les complications gastro-intestinales (*vomissements*, *diarrhée fétide*), l'otite, la *vaginite* (Cormach), sont également rares. D'autres complications s'observent dans la scarlatine comme dans d'autres pyrexies : inflammations des séreuses (*méningite*, *pleurésie*, *péricardite*, *péritonite*) ; *phlegmons sous-cutanés* survenant pendant la convalescence ; *hémorrhagies* par diverses voies ou *purpura* secondaire ; accidents *ataxiques* ou *convulsifs* au début ou dans le cours de la maladie. Mais la scarlatine présente deux complications qui doivent être considérées comme lui étant particulières, car elles se montrent bien plus fréquemment dans son cours que dans le cours des autres maladies aiguës : ce sont les *inflammations articulaires* et les *hydropisies*.

Les inflammations articulaires scarlatineuses, souvent confondues avec le rhumatisme des articulations, se montrent dans la convalescence de la scarlatine et se terminent, dans des cas rares, par suppuration.

Quant aux *hydropisies aiguës* ou *chroniques*, elles méritent une attention spéciale. L'anasarque est la plus fréquente ; mais les hydropisies internes ne sont pas rares. L'œdème pulmonaire, les épanchements séreux de la plèvre, du péricarde, des méninges, et l'œdème de la glotte, peuvent s'observer. Les suffusions séreuses se font quelquefois toutes en même temps, et

est plus grave, ou bien successivement. L'anasarque apparaît la première la plupart des cas ; elle est surtout à redouter deux ou trois semaines après l'éruption, et ne se montre jamais après la sixième semaine (Guersant et Blache). Elle débute par la face et devient très-rapidement générale. Elle est aiguë dans tous les cas, précédée de fièvre, de vomissements, de diarrhée, de double bas-ventre et d'urines sanguinolentes. Presque toujours, suivant les uns, elle est précédée de l'anasarque, suivant les autres, il y a ALBUMINURIE ou plutôt une maladie de BRIGHT est le plus souvent aiguë. L'œdème du poumon, selon Legendre (*Recherches sur quelques maladies des enfants*, 1846), se montre quelquefois d'emblée. On a vu aussi de même de l'hydro-thorax aigu double (Rilliet) et de l'hydro-péricard (J. Frank, Fraënkcl, Barthez et Rilliet, Thore), dont les principales seraient une dyspnée extrême avec anxiété, et, à la région précordiale, l'absence du bruit respiratoire avec matité. Ces hydropisies se rencontrent également chez les enfants délicats et lymphatiques, dans la saison froide à la suite d'un refroidissement, et plus fréquemment dans certaines épidémies que dans d'autres. Les accidents nerveux qui compliquent la maladie de Bright (2), et notamment l'éclampsie (Barthez et Rilliet), sont quelquefois la première révélation de cette maladie à la suite de la scarlatine, et ils doivent suggérer l'idée de l'examen des urines, que l'on trouve ordinairement albumineuses (Voy. ANASARQUE, ALBUMINURIE, BRIGHT [Maladie de]).

**Pronostic.** — La scarlatine se termine par la guérison dans la plupart des cas, mais elle est grave dans certaines épidémies. Elle l'est surtout lorsqu'elle est compliquée, lorsqu'elle se déclare dans le cours d'une autre maladie, ou lorsqu'il survient des complications. Legendre a fait remarquer que l'anasarque compliquant la scarlatine est le plus souvent suivie de guérison. J. Tripe, qui en a réuni 100 cas, porte la proportion de la mortalité par cette complication à soixante-trois pour cent (Voy. *Arch. de méd.*, 1854). On a donné le nom de *scarlatine maligne* aux scarlatines devenant rapidement très-graves par suite de complications ou de phénomènes insolites, et dont l'apparition est soudaine et inexplicable.

**SCARLATINE (Névralgie).** — Voy. NÉVRALGIES, p. 678.

**BRUIT DE VENT (Bruit de).** — Voy. VASCULAIRES (Bruits).

**SCLÉRÈME, SCLÉRODERMIE.** — Cette maladie est caractérisée par une indurité résistante de la peau et des tissus sous-jacents, qui produit l'immobilité de la face ainsi que la gêne ou l'impossibilité de mouvements dans les parties atteintes. Le sclérème est différent chez l'enfant et chez l'adulte.

— *Chez l'enfant nouveau-né*, comme l'a démontré Valleix, c'est un véritable œdème dur envahissant successivement tout le corps, plus prononcé vers les parties déclives, avec coloration des téguments en rouge plus ou moins foncé (coloration qui a été prise pour la rougeur d'un érysipèle) et plus tard en teinte jaune ; la température du corps baisse notablement (de 37° à 36° selon H. Roger), en même temps qu'il y a une torpeur remarquable de la circulation et de la respiration. — Cette affection de l'enfance survient sous l'influence du froid et des mauvaises conditions hygiéniques ; elle entraîne presque constamment la mort en trois à cinq jours, sans dépasser vingt jours. On a réussi à faire disparaître le sclérème des nouveau-nés par le massage, ce qui démontre sa nature œdémateuse.

Cette affection, facile à reconnaître, a néanmoins une coloration qui a été prise pour la rougeur de l'érysipèle. Quelquefois il y a en réalité à la fois sclérème et érysipèle, comme l'a démontré Elsässer, de Stuttgart (1852).

— *Chez l'adulte*, le sclérème a été signalé par Thirlial dans deux intéres-



santes publications (*Journ. de méd.*, et *Union méd.*, 1847). Plusieurs observateurs en ont publié depuis de nouveaux exemples. Gillette a résumé dans un Mémoire remarquable tous les faits connus (douze), en y joignant deux observations nouvelles, dont une de Nat. Guillot (*Actes de la Soc. méd. de l'hôpit.*, 3<sup>e</sup> fasc.). Il démontre que le sclérème simple chez l'adulte n'est pas œdémateux comme dans la première enfance.

L'humidité froide en a été la cause habituelle. Il a constamment occupé les parties supérieures du corps, il s'est montré à tout âge, et il a affecté particulièrement les femmes que les hommes ( : 12 . 2). La peau était généralement pâle, parfois parcheminée et comme tannée; chez la malade de Nat. Guillot (femme de 42 ans), la peau des seins rendait un son tympanique à la percussion. Un œdème dur peut à la rigueur simuler le sclérème chez l'adulte; Bonlaud en a signalé, sous le nom d'éléphantiasis des membres inférieurs, un exemple remarquable dû à l'oblitération de la veine cave inférieure. J'ai même observé, chez un malade de l'Hôtel-Dieu, atteint d'une affection valvulaire du cœur (rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche), une anasarque prononcée surtout aux membres inférieurs, où la peau des cuisses offrait la densité du bois, sans se laisser déprimer ni mouvoir sur les tissus sous-jacents. Mais siége seul de cet œdème dur au niveau des extrémités pélviques le distingue du vrai sclérème, qui a toujours occupé les parties supérieures du corps.

Voici comment Gillette expose les différences du sclérème des nouveau-nés de celui des adultes : « Le sclérème des nouveau-nés débute par les parties déclives, l'autre par les parties supérieures; l'un offre les signes ordinaires de l'œdème; chez l'autre, au contraire, ce n'est qu'une très-rare exception. Chez le nouveau-né, la peau subit un refroidissement considérable; elle conserve dans le sclérème simple sa température normale. Dans un cas, le médecin se trouve en présence d'une maladie des plus graves, que les suffusions internes, séreuses et hémorrhagiques rendent à peu près incurable; dans l'autre, pour peu qu'il mette son malade dans des circonstances hygiéniques favorables et qu'il combatte avec prudence les complications, s'il s'en présente, il finit par arriver à la guérison. »

**SCLÉROSE.** — Le mot *sclérose*, d'abord exclusivement employé pour désigner une altération du cerveau, a été appliqué à d'autres organes, pour désigner une lésion caractérisée par une induration de tissu due à une exagération des éléments du tissu conjonctif, à une hyperplasie interstitielle de ce tissu, pour employer l'expression des micrographes, avec formation de corpuscules amyloïdes, et atrophie des éléments propres de l'organe affecté. La lésion du tissu conjonctif composant la trame de tous les organes, on comprend qu'il puisse trouver partout la sclérose. Cependant c'est une lésion dont les effets n'ont pas encore été suffisamment étudiés.

La *sclérose de la moelle épinière* a principalement attiré l'attention des observateurs modernes. Bornée aux cordons postérieurs de la moelle et de ses racines attenantes, la sclérose est la lésion de l'ataxie locomotrice progressive (*Voy.* p. 104). Mais cette même lésion occupant les cordons antérieurs ou latéraux de la moelle a donné lieu à la *paralysie* ou à la *contracture*, l'une et l'autre de ces conséquences se généralisant quand la lésion est disséminée, comme l'ont montré Jaccoud, Vulpian et Charcot. Plus récemment L. Ordes-tein a publié un travail sur le même sujet (1868).

Jaccoud a étudié la sclérose diffuse de la moelle et les symptômes qui s'y rattachent dans une de ses leçons cliniques (1867). Une douleur au niveau de la colonne vertébrale, s'étendant aux membres, avec exaspération à la pression



taines apophyses épineuses et des parties adjacentes, de temps en temps accès *paroxystiques* subits, d'une grande violence, pouvant se prolonger de deux à quatre jours, empêchant le sommeil et faisant redouter les autres mouvements, revenant à quelques jours ou quelques semaines d'*inter-paralysie* des quatre membres, envahissant successivement des groupes osseux d'une manière inégale; plus tard, *analgesie*, et *anesthesie* des sens; de la température également disséminées, et enfin *incontinence* d'urine et matières fécales: tels sont les symptômes qui ont été notés par Jaccoud un fait remarquable, dont l'évolution, de plusieurs années de durée, fut tout à fait apyrélique. Les muscles n'étaient pas atrophiés et répondaient à l'électricité, ce qui différencie les faits de ce genre des paralysies anciennes dues à l'*atrophie des nerfs* (Voy. p. 724). Les douleurs vertébrales, quand elles existent, sont un très-bon signe de la lésion de la moelle. Charcot a noté un fait intéressant d'hystérie (Soc. des hôp., 1865) dans lequel, avec la sclérose des cordons latéraux de la moelle, il y avait *contracture permanente* des quatre membres. Cette contracture peut se montrer par accès irréguliers. Mais que tous les troubles de la myotilité, ataxie, paralysie, contractures, ne s'observent avec cette lésion de la moelle épinière. Mais les contractures sont très rares. Ordenstein (*Sur la paral. agitante et la sclérose*, etc., 1868) a attaché une grande importance au tremblement comme symptôme de la sclérose quand elle est généralisée; mais c'est un signe inconstant comme la contracture. Charcot a bien observé la sclérose du bulbe dans la *paralysie agitante*; mais cette lésion pourrait n'être que consécutive (Voy. p. 735), car on ne l'a trouvée qu'à une période très-avancée de la maladie.

La sclérose des autres organes conduit à l'atrophie de leurs éléments normaux, et s'accompagne souvent de paroxysmes douloureux comme au niveau de la moelle. — Il s'y joint souvent une dégénérescence amyloïde, comme on le voit dans la sclérose lorsqu'il est dur, uniformément augmenté de volume, en même temps qu'il se manifestent des congestions douloureuses, l'ictère et des troubles digestifs. — La même lésion se rencontre, dans des conditions diverses, au niveau des poumons, où elle a été improprement appelée cirrhose. Les tubercules et les dilatations bronchiques en sont les principaux points de départ. — Enfin on peut jouer à la sclérose vasculaire, avec ou sans dégénérescence amyloïde, un rôle dans la production des hémorrhagies (p. 480). Mais cette question, comme celle de la sclérose en général, est encore trop peu élucidée pour que je m'y arrête davantage.

**OULEX.** — Voy. ENTOZOAIRIES (Ténias), p. 362.

**SCORBUT.** — Voy. DÉVIATIONS VERTÉBRALES.

**SCORBUT.** — Cette maladie générale, qui dépend d'une altération profonde du sang, inconnue dans sa nature, a été l'objet de travaux extrêmement nom-

*Éléments du diagnostic.* — Les plus caractéristiques s'observent au visage et de la bouche et de la peau. Les gencives sont gonflées, ramollies, saignantes, ulcérées; l'haleine est très-fétide; la face est très-pâle, bouffie; les yeux sont larmoyants et les caroncules lacrymales sont parfois verdâtres; les membres inférieurs sont infiltrés; il apparaît des *pétéchies* dans diverses parties du corps, et, spontanément ou sous l'influence d'une pression ou d'une contusion même légère, des *chymoses* ou même des tumeurs sanguines sous-cutanées. A ces phénomènes se joignent les suivants: *gêne de la respiration* et *palpitations* au repos et au mouvement, *douleurs plus ou moins vives* dans diverses parties du corps, surtout aux lombes, aux membres, et principalement aux membres inférieurs.

rieurs (Fauvel), *faiblesse et répugnance aux mouvements* prononcés; *intelligence* le plus souvent intacte; *pouls* dépressible, ralenti; *souffle carotidien* non constant; *hémorrhagies* par diverses voies; *sang* liquide, noirâtre, se coagulant par grumeaux; *déjections* plus ou moins fétides. Quand la maladie est très-avancée, *les dents s'ébranlent et tombent*, il y a un *collapsus* profond, *des syncopes* au moindre mouvement; les *ecchymoses* se transforment en *ulcères fongueux* et saignants au moindre contact, et il peut survenir des *convulsions* ou des *contractures* permanentes des membres.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le scorbut se reconnaît facilement lorsqu'il se montre parmi des hommes réunis en grand nombre et soumis en commun à des influences hygiéniques qui favorisent le développement de la maladie, comme l'encombrement habituel dans un espace insuffisant, une alimentation malsaine, l'usage exclusif de viandes salées, ainsi que cela a pu s'observer parmi les marins, dans les armées, les prisons, etc. Le diagnostic ne peut offrir d'incertitude que lorsque le scorbut se développe isolément chez un individu exposé à des causes habituelles de débilitation, soit hygiéniques, soit par le fait de maladies antérieures, d'abus de mercure, de grands excès ou de fatigues excessives.

Dans tous les cas, c'est sur l'ensemble des symptômes qu'il faut se guider, et principalement sur l'état de la bouche, sur l'état cachectique et les hémorrhagies. Isolément considérés, en effet, les symptômes pourraient être mal jugés, surtout lorsqu'il en est un qui est prédominant. Avant que les lésions de gencives soient bien caractérisées, il y a quelquefois au début une débilité générale, une gêne de la respiration, des palpitations, et des douleurs dans les membres, qui pourraient être mal interprétées. L'état fongueux des gencives et l'ébranlement des dents que produisent d'autres maladies (stomatite mercurielle, ostéomalacie) ne sauraient être attribués au scorbut sans inattention. Dans l'ostéomalacie, il y a des déformations des os caractéristiques; cependant on n'oublie pas que la fragilité des os et les fractures spontanées, observées dans cette maladie, sont quelquefois aussi la conséquence du scorbut. Un état des gencives analogue à celui du scorbut se rencontre également parfois avec le purpura, et il est alors bien difficile de distinguer les deux maladies cachectiques l'une de l'autre, à moins qu'il n'y ait une putridité scorbutique très-prononcée des gencives. Ce qui le prouve, c'est qu'on a réuni les deux maladies dans un même genre (Mason Good). — Les hémorrhagies et les tumeurs sanguines sous-cutanées pourraient faire croire à une HÉMOPHILIE seulement, si l'on ne tenait pas compte des autres symptômes.

Les hémorrhagies, les gangrènes, peuvent d'ailleurs être assez prédominantes pour constituer de véritables complications. On a aussi attribué au scorbut certaines blennorrhagies non virulentes, et l'on a dénommé scorbutiques les maladies simplement concomitantes du scorbut ou d'une cachexie pétéchiale analogue.

3° *Pronostic.* — Il varie suivant l'état plus ou moins avancé de la maladie suivant son intensité, et les causes principales qui en sont le point de départ. Le scorbut est en particulier très-grave lorsqu'il survient comme complication d'une autre maladie, de la pellagre par exemple.

**SCORPION.** — Voy. VENINS.

**SCROFULES.** — Il s'agit ici d'une affection constitutionnelle dont on ignore la nature, et qui se caractérise par des manifestations très-diverses. Elle a été bien étudiée par un certain nombre d'observateurs, et notamment par Milcent (1846), Lebert (1849), et Bazin (1858). Pour ce dernier auteur, l'es

des manifestations pathologiques de la scrofule a pour caractères généraux la fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse, et pour siège ordinaire les téguments tégumentaire, lymphatique et osseux.

**Éléments du diagnostic.** — Les manifestations scrofuleuses ou strumeuses sont locales ou générales. Les premières se montrent d'abord dans les ganglions du cou, qui forment de petites tumeurs mobiles, indolentes, isolées, qui se réunissent pour former une ou plusieurs masses bosselées, dures, qui croissent d'une manière lente et qui donnent lieu alors à des abcès à marche chronique dont le pus est mal lié, grumeleux, et dont la cicatrisation, suivie d'amincissement et de décollement de la peau, est irrégulière, avec dépressions et des enfoncements caractéristiques. La même manifestation peut se faire au niveau d'autres ganglions, ceux des aisselles, des aines, par exemple. Des altérations cutanées particulières dénommées par Bazin (scrofules) (Voy. ce mot) donnent également lieu à la production de lésions et de manifestations difformes particulières. Enfin des fistules ayant pour point de départ des caries ou des nécroses osseuses, des périostites avec ou sans suppuration, des tumeurs blanches, et des inflammations dites scrofuleuses (eczéma, coryza aigu ou chronique), constituent d'autres manifestations utiles au diagnostic, et auxquelles viennent s'ajouter quelquefois les tumeurs pulmonaires. — Outre la faiblesse générale, la pâleur, l'amaigrissement il peut exister, comme symptômes généraux, ceux qui succèdent aux suppurations prolongées, et ceux de la fièvre hectique quand la phthisie se déclare.

**Inductions diagnostiques.** — Cet ensemble de symptômes, généralement admis comme caractérisant la scrofule, est assez net pour permettre de reconnaître aisément la maladie. Mais selon Bazin, il faudrait encore admettre, comme se rattachant à la scrofule, une foule d'états pathologiques dont la nature strumeuse, pour un assez grand nombre d'entre eux, aurait besoin d'être précisée. Il considère comme caractérisant une première période des scrofules le montrant entre les deux dentitions : les gourmes, les pseudo-teignes (comme le tinea ou impétigo du cuir chevelu), les aphthes, l'induration hypertrophique des ganglions lymphatiques, ainsi que plusieurs autres affections, et il qualifie de *scrofuleuse* toutes les affections tuberculeuses thoraciques, abdominales et cérébrales.

Cette manière ingénieuse d'envisager la scrofule n'est pas assez complètement justifiée dans tous ses détails pour que l'on puisse en tirer parti pour le diagnostic de l'affection strumeuse, diagnostic qui se fonde principalement sur les symptômes que j'ai d'abord rappelés.

La recherche des causes peut aussi fournir des données utiles. Les mieux connues sont l'encombrement, le défaut de lumière, une température basse (cloaque), et l'hérédité. C'est surtout chez les enfants, et de préférence chez ceux du sexe féminin, que se développe la maladie.

Les tumeurs ganglionnaires de nature non scrofuleuse constituent presque la seule particularité pathologique qui puisse en imposer pour des scrofules (Voy. les tumeurs ganglionnaires). — Je ne ferai que signaler la possibilité de confondre les tumeurs blanches avec le RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE (Voy. p. 935), et la pleuro-cutanée qui s'établit parfois dans le cours de l'empyème avec lequel elle provient d'une carie costale.

On admet des formes *bénigne*, *grave* ou *maligne*, *cachectique*, et une *fulgurante*, qui est seulement remarquable par la rapidité de son évolution, extrêmement rare, car la scrofule est presque toujours très-lente dans sa marche.

**Pronostic.** — La scrofule n'est pas grave lorsque les accidents restent

SCROFULES.

2<sup>e</sup> *Inductions diagnostiques.* — Le scorbut se reconnaît facilement par son développement dans un grand nombre et soumis à des influences hygiéniques qui favorisent le développement de l'encombrement habituel dans un espace insuffisant, une alimentation malsaine, l'usage exclusif de viandes salées, ainsi que cela a pu se constater chez les marins, dans les armées, les prisons, etc. Le diagnostic ne saurait être incertain, lorsque le scorbut se développe isolément chez un individu, à des causes habituelles de débilitation, soit hygiéniques, soit par des maladies antérieures, d'abus de mercure, de grands excès ou de privations.

Dans tous les cas, c'est sur l'ensemble des symptômes qu'il faut principalement considérer l'état de la bouche, sur l'état cachectique surtout lorsqu'il en est un qui est prédominant. Avant que ces symptômes soient bien caractérisés, il y a quelquefois au début une gêne de la respiration, des palpitations, et des douleurs qui pourraient être mal interprétées. L'état fongueux des gencives ne saurait être attribué au scorbut sans inattention; les déformations des os caractéristiques (maladie) ne sauraient être attribuées au scorbut sans inattention; il y a des déformations des os caractéristiques, mais pas que la fragilité des os et les fractures spontanées, maladies, sont quelquefois aussi la conséquence du scorbut analogue à celui du scorbut se rencontre également pour il est alors bien difficile de distinguer les deux maladies, à moins qu'il n'y ait une putridité scorbutique évidente, l'autre, à moins qu'on n'ait réuni les deux maladies. Ce qui le prouve, c'est qu'on a réuni les deux genres (Mason Good). — Les hémorrhagies et les éruptions cutanées pourraient faire croire à une HÉMOPILOSE, mais compte des autres symptômes.

Les hémorrhagies, les gangrènes, peuvent être suivies de véritables complications virulentes.

Les hémorrhagies, les gangrènes, pé-  
nantes pour constituer de véritables compli-  
cations, mais certaines blennorrhagies non virulentes  
maladies simplement concomitantes de  
la syphilis.

3° Pronostic  
suivant score

es, puis blanches, en cas de guérison. — La scrofulide *verruqueuse* des plaques rugueuses, inégales, hérissées de saillies mamelonnées, qui finissent par des ulcérations, et souvent par résorption interstitielle. Cette succède souvent aux formes pustuleuse ou tuberculeuse. — La scrofulide *ulcéreuse*, qui est le véritable *lupus* des auteurs, est la forme la plus grave; coupe le plus souvent la face, où elle présente deux variétés basées sur l'existence ou l'absence d'ulcérations. La scrofulide *tuberculeuse sans ulcère* est caractérisée par des plaques arrondies, circulaires ou à contours irréguliers. Elle s'affaisse avec le temps avec cicatrices, sans qu'il y ait ulcères. La scrofulide *tuberculeuse ulcéreuse* est beaucoup plus grave; elle est, comme la variété précédente, des tubérosités qui se ramollissent et finissent le siège d'ulcérations *serpigneuses*, qui s'étendent en surface et en profondeur, et détruisent la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les os et même les os. De là des cicatrices hideuses. — La scrofulide *monocystique* n'est qu'un abcès scrofuleux, avec teinte violacée de la peau. — La sixième forme de scrofulide de Hardy, la scrofulide *cornée*, est caractérisée par une tache plus ou moins large, un peu proéminente au-dessus de la surface, avec une multitude de petites saillies sèches, comme cornées. La guérison déprimée, sans ulcération préalable, leur succède comme dans la plupart des autres formes.

**Pronostic.** — Il est toujours grave, dit Hardy, car la maladie est longue, elle ne guérit pas toujours; et dans les cas où la guérison a lieu, elle laisse des stigmates indélébiles de son passage, et des difformités parfois hideuses. La coexistence d'autres affections, de tubercules pulmonaires par exemple, augmente, cela va sans dire, la gravité du pronostic; cependant il est des maladies, comme l'érysipèle, la variole, la fièvre typhoïde, qui modifieraient le plus souvent les scrofulides d'une manière favorable.

**TRAI-  
TEMENTS.** — Voy. URINES.

**SENSIBILITÉ.** — J'aurais à entrer dans de grands détails sur la sensibilité générale sous le rapport du diagnostic, si je n'avais consacré ce sujet dans une foule d'autres articles. Sans parler de l'usage que l'observateur fait de ses sens pour l'exploration du malade, je rappellerai que l'on consulte, pour la vue, les mots ŒIL, AMAUROSE; pour l'ouïe, OTITE, SURDITÉ; pour le goût, LANGUE, GUSTATION; pour l'odorat et la sensibilité tactile, ANESTHÉSIES et HYPERESTHÉSIES, qui se rapportent à la paralysie ou à l'exaltation de la sensibilité. L'état de la sensibilité musculaire est constaté à l'aide de l'ÉLECTRISATION LOCALISÉE, et principalement recherché dans les paralysies ou les affections qui les simulent. Cette simple indication est suffisante, car les troubles de la sensibilité attirent rarement l'attention en dehors de l'anesthésie, ou de l'hyperesthésie, dans laquelle on doit comprendre la tétanie. Il n'y a que les sensations spontanées bizarres que produisent les épilepsies séminales, les tumeurs hydatiques, la présence des *entozoaires* dans les intestins, et, vers l'hypogastre, la *grossesse commençante*, qui méritent une attention particulière.

Il faut principalement chercher l'origine des troubles morbides de la sensibilité dans les lésions des centres nerveux ou des nerfs, dans les altérations du sang, dans les intoxications ou les névroses. Parmi ces dernières, l'hystérie occupe une place à part, comme résumant à elle seule presque tous les phénomènes morbides qui sont susceptibles d'affecter la sensibilité et les sens.

**POISONNEMENTS.** — Voy. EMPISONNEMENTS, p. 335.

**SÉREUSES (Membranes).** — Les séreuses que renferment le crâne, le



**SEXE.** — Quoiqu'une foule de maladies soient communes à la femme, la connaissance du sexe est un fait qui met son diagnostic dès que sont accusés les premiers symptômes. C'est surtout vrai pour la femme, si souvent affectée du côté génitaux depuis la vulve jusqu'aux organes intra-pelviens, chez laquelle la menstruation, la grossesse, l'état puerpéral, sont source d'un si grand nombre de maladies. L'organisation générale et sa manière de vivre la prédisposent aussi à contracter certaines affections que d'autres. Il en est de même de l'homme de son appareil génito-urinaire qu'en raison de ses professions, sa manière de vivre, de ses habitudes, etc. De là les différences plus ou moins notables qui existent pour une foule de maladies et l'homme.

**SIALORRHÉE.** — *Voy.* SALIVATION.

**SIBILANTS** (Râles). — *Voy.* RALES.

**SIFFLEMENTS.** — *Voy.* RALES, et VASCULAIRES (Bruits).

**SILLONS.** — *Voy.* GALE et ONGLES.

**SIMULATIONS, SIMULÉES** (Maladies). — Un grand nombre de symptômes ou de maladies sont simulés dans des buts divers : pour faire exempter ou réformer du service militaire, pour séjourner à l'étranger, exploiter la pitié, ou enfin pour exciter l'intérêt, comme les prestidigitateurs. Il me suffira de signaler ces simulations, car lorsqu'on évite facilement le piège. Un interrogatoire adroitement conduit, le prétendu malade à répondre sérieusement à des questions relatives aux conditions particulières et choisies dans lesquelles se place l'examen aussi complet que possible, que la sagacité du médecin dans le but de dévoiler l'erreur, et enfin la prescription d'un traitement violent, feront ordinairement découvrir la simulation. Ici, il faut la soupçonner. Or, les faits les plus difficiles à

ses; l'incontinence d'urine, les pertes séminales involontaires (simuler la masturbation), la *grossesse*. Parmi les plus singulières, il faut placer des simulations étranges des hystériques, qu'il faut toujours, sinon soupçonner, mais prévoir chez les femmes, naturellement portées à l'exagération. On a vu simuler pendant deux ans un éléphantiasis à l'un des membres supérieurs, en serrant fortement la racine du membre, l'autre prétendre vivre sans manger, etc. Le scorbut est simulé par des détenus avec un linge imprégné de vinaigre, maintenu appliqué sur les gencives, et par des contusions et ligatures sur les membres; la *blennorrhagie*, avec de l'écorce de garou appliquée dans le canal de l'urètre.

Les exemples sont suffisants pour donner une idée des ressources de l'imagination des individus qui se livrent à la simulation. De toutes celles que je pourrais énumérer, la plus fréquemment pratiquée est sans contredit l'épilepsie. Les tracés sphygmographiques du pouls permettraient facilement de reconnaître la simulation, si les faits intéressants publiés par Aug. Voisin, que j'ai rappelés sous le titre d'EPILEPSIE (p. 373), venaient à se confirmer.

**CF.** — L'exagération de la soif constitue un des signes habituels des affections fébriles, et en particulier de la fièvre elle-même. Indépendamment de la soif, l'exagération de la soif se rencontre dans la GLYCOSURIE, la POLYURIE, les AFFECTIONS ENTOZOAIRES des voies digestives. Elle est très-vive dans la RAGE, de même qu'après la morsure de la vipère, mais alors elle coïncide avec d'autres symptômes graves qui sont les principaux signes de la maladie.

**MMEIL, SOMNOLENCE.** — Dans l'état morbide, le sommeil peut être interrompu, modifié ou exagéré.

L'insomnie, complète ou incomplète, n'a qu'une valeur relative dans les diverses maladies où elle se montre, car elle constitue isolément un signe de peu d'importance. La fièvre en général, principalement dans les *pyrexies* et les autres affections aiguës d'une certaine intensité, de même que les fièvres non fébriles que caractérisent des troubles fonctionnels incompatibles avec le sommeil, et certaines *névroses*, s'accompagnent d'insomnie plus ou moins continue. — Assez souvent, le sommeil est non-seulement interrompu, mais troublé par des rêves de nature diverse, ou par des réveils en sursaut, des cauchemars, comme on le rencontre dans les maladies du cœur, dans la péri-épilepsie, etc. Le cauchemar, avec sentiment d'oppression épigastrique, anxiété, palpitations et réveil subit, se montre quelquefois comme névrose intermittente survenant chaque nuit à la même heure, ainsi que l'a observé M. J. (Journ. de méd. et de chir. prat., 1856). J'ai vu un exemple de ce genre chez un enfant.

La tendance exagérée au sommeil, ou la somnolence, n'est assez souvent qu'un premier degré du coma. D'autres fois, la facilité de l'assoupissement après le réveil est la conséquence de la *pléthore*, ou de la *congestion* céphalique, de la *dyspepsie*, de l'*indigestion*, d'une *constipation* habituelle, sans qu'on y doive voir un signe constant d'une prédisposition à l'hémorrhagie cérébrale, comme le dit le vulgaire. Les différentes formes de la dyspepsie doivent surtout ne pas être perdues de vue, comme origines fréquentes de la somnolence après les *crises* (Voy. COMA).

**INSOMNIE** (Phénomène), **SONORITÉ.** — Voy. BRUITS ANORMAUX.

**INSOMNIE.** — Voy. BRUITS ANORMAUX.

**SOUBRESAUTS DES TENDONS.** — Les contractions musculaires spasmodiques et involontaires, qui produisent les soubresauts des tendons visibles ou palpables à la palpation, sont tantôt un simple phénomène accessoire d'une maladie

la région précordiale, pour entendre plus particulièrement le cœur gauche. Mais l'examen du pouls, en même temps que l'on ausculte, est le meilleur moyen de bien déterminer le temps de l'évolution du cœur occupé par le souffle anormal. On n'oubliera pas que la pulsation du pouls n'est pas synchrone du premier bruit du cœur dans l'état normal, comme on l'a dit, sauf aux carotides, mais qu'elle s'enchaîne avec lui et le suit immédiatement ; elle précède toujours le second bruit, et par conséquent le grand silence. L'exploration simultanée du pouls permettra souvent ainsi de distinguer le premier bruit du cœur dans les cas difficiles.

Le siège du souffle cardiaque est aussi une donnée nécessaire à connaître pour la localisation anatomique de la lésion ; aussi doit-on avoir présents à la pensée les différents points du thorax auxquels correspondent les différentes parties du cœur : base, pointe, ventricules, oreillettes, tout en tenant compte des modifications de position que les maladies peuvent produire. C'est surtout la position de la base du cœur au niveau de l'articulation de la troisième côte avec le sternum, qu'il est nécessaire de connaître, de même que le point où se trouve la pointe du cœur, qui bat chez l'homme sain au niveau du quatrième espace intercostal gauche, au-dessous du mamelon, et non dans le cinquième, comme on se le figure encore.

Enfin la direction du souffle dans le sens de son altération ou de son renforcement, est d'une utilité fondamentale dans l'étude des souffles cardiaques, comme je le rappellerai fréquemment dans ce qui va suivre.

Des remarques faites, voyons à quel diagnostic on arrive en supposant écartées les difficultés d'exploration, et en admettant avant tout que les lésions des valves se manifestent par des souffles ; car on sait qu'il n'en est pas toujours ainsi.

On peut réduire à quatre les conditions qui peuvent se présenter :

a. — Le souffle précède immédiatement le premier bruit du cœur et le couvre ensuite ;

b. — Il apparaît pendant le premier bruit ;

c. — Le premier bruit est naturel et le souffle survient pendant le petit silence, c'est-à-dire avant le second bruit ;

d. — Enfin il a lieu pendant le second bruit du cœur.

On voit par ce simple exposé que l'important, en pareil cas, est de bien préciser le début de chaque bruit anormal dans le cours de l'évolution du cœur, et ne pas se contenter, comme on le fait le plus souvent, de constater le souffle premier ou au second bruit, au lieu de s'inquiéter s'il les précède d'abord immédiatement l'un ou l'autre. Voyons à quel diagnostic on peut arriver dans les différentes circonstances.

A. — Le souffle précède immédiatement le premier bruit du cœur. — Ce signe a longtemps empêché de tenir compte de ce signe ainsi formulé, c'est que le bruit anormal précède de très-peu le premier bruit du cœur et l'accompagne ensuite, ce qui faisait rentrer les faits de cette espèce dans la masse des cas d'altération du premier bruit du cœur. Fauvel, observant avec plus de soin que ses devanciers à ce point de vue (*Arch. de méd.*, 1843, t. I), démontra que la particularité qui m'occupe coïncidait avec un rétrécissement de l'orifice mitral ou auriculo-ventriculaire gauche, fait entrevu déjà par Barth et Roger et par Gendrin. Tantôt ce souffle, qui survient pendant le long silence, cesse aussitôt que le premier bruit normal se fait entendre, et tantôt il se prolonge de manière à le masquer plus ou moins complètement. En pareil cas, le maximum du bruit anormal a lieu au niveau du cartilage de la troisième côte gauche

bord unanimité de la part des pathologistes pour considérer la conséquence du *rétrécissement aortique*, la connexité du premier bruit avec le passage du sang du ventricule vers l'aorte étant admise sans fait hors de contestation. Il est encore reconnu que le souffle, qui *prolonge un peu vers l'aorte* et les *carotides*, et non vers le cœur, peut cesser avec le premier bruit normal ou se prolonger de même le petit silence et même le second bruit du cœur.

Le souffle pendant le premier bruit se remarque également dans les artères, alors il est toujours doux, velouté, au lieu d'être rude et râpeux. Dans la plupart des cas de rétrécissement aortique ; de plus, le souffle aortique se prolonge dans les vaisseaux du cou, où il devient parfois continu. Le souffle peut s'entendre en même temps dans les principales artères et dans les veines, surtout il s'accompagne des autres troubles caractéristiques de la maladie. On constate facilement. Le souffle anémique cardiaque est généralement considéré comme se produisant au niveau de l'orifice aortique ; mais on a prétendu qu'il se passait toujours au niveau de l'orifice tricuspide, par suite de l'insuffisance de cet orifice. Nous verrons plus tard ce qui est fondé.

Avant le travail de Fauvel, cité plus haut, il avait été établi par Beau, en France, et par Hope, en Angleterre, qu'un bruit anémique pendant le premier bruit normal était aussi un rétrécissement auriculo-ventriculaire ; et depuis que Fauvel avait fait de ce signe commençant par *précéder* le premier bruit normal, et qu'il avait voulu démontrer que le rétrécissement auriculo-ventriculaire se prolongeait vers la pointe du cœur, tandis que le rétrécissement ventriculo-artériel se prolongeait vers l'aorte, le diagnostic semblait devenu plus facile. Mais pour Hérard, le rétrécissement auriculo-ventriculaire donne lieu à un souffle tantôt *un peu avant le*

is ou quatre bruits successifs au lieu de deux (Bouillaud). Ces bruits se font alternativement dans les cavités gauches et droites, par suite d'un défaut total de synchronisme.

Il faut voir en définitive combien il y a, en général, de difficultés dans l'interprétation des bruits de souffle. Malheureusement il y a des cas dans lesquels l'analyse des bruits du cœur est tellement difficile, comme je l'ai déjà rappelé, que dans un même fait, soumis à plusieurs observateurs expérimentés, le premier peut être placé, par les uns, au premier temps, et par les autres, au second

— *Le souffle a lieu après le premier bruit, pendant le petit si-*

— Ce signe a été attribué à l'insuffisance mitrale, mais sa valeur dans ce cas n'est pas nettement formulée, et l'on conçoit que l'on puisse facilement attribuer au premier bruit du cœur un souffle qui lui succède pour cesser immédiatement à l'apparition du second bruit, et au contraire attribuer à ce dernier, considéré comme bruit anormal au second temps (ou mieux bruit) celui qui paraissant aussitôt après le premier, se prolonge de manière à couvrir le second. C'est en se mettant en garde contre de pareilles difficultés et en observant avec la plus grande attention, que l'on pourra seulement éviter les erreurs. Cette réflexion est surtout applicable aux faits dont il va être ques-

— *Le souffle a lieu pendant le second bruit.* — Tant que prévalait l'opinion de Laennec des bruits du cœur, on attribua ce signe au rétrécissement auriculo-ventriculaire. Beau établit qu'il devait être considéré tout comme le signe pathognomonique de l'insuffisance aortique. Le fait a été connu vrai dans la généralité des cas ; mais le souffle pendant le second n'est pas pathognomonique d'une insuffisance aortique, et peut avoir une autre signification, suivant d'autres observateurs. Hérard, en effet, comme je l'ai appelé plus haut, a été amené, par un certain nombre de faits qu'il a observés, à conclure qu'un souffle au second temps était aussi, comme on le pense, à un certain nombre d'années, un signe de rétrécissement auriculo-ventriculaire, ce qui est généralement admis. Sans faire en ceci allusion aux observations de Hérard, je ferai remarquer qu'un souffle qui se produit pendant le silence qui suit le second bruit, peut être pris pour un souffle au second temps, et que les cas de cette espèce rentrent précisément dans la catégorie de ceux, pour Fauvel, présentent un bruit de souffle immédiatement avant le premier bruit du cœur.

La signification des différents souffles cardiaques est trop sommaire et incomplète des autres signes concomitants, pour qu'il ne soit pas indispensable de tenir sur les caractères différentiels des rétrécissements et des insuffisances des orifices du cœur.

**Rétrécissement de l'orifice aortique.**

Le rétrécissement de l'orifice aortique se caractérise par un souffle plus ou moins rude perçu pendant la systole, en même temps que le choc du cœur, mais qui se prolonge de manière à couvrir le second bruit. Il a son maximum à la base du cœur et se prolonge vers l'aorte et dans les artères du cou. Le pouls, qui n'a dit à tort irrégulier, est au contraire d'une régularité dont on peut reconnaître le bon caractère du rétrécissement aortique suivant Marey, qui a recueilli un grand nombre d'observations confirmatives. L'ondée sanguine franchit facilement l'étroit orifice ventriculo-aortique ; aussi la diastole artérielle se fait-elle lentement que de coutume. Il en résulte que le tracé sphymographique présente une ascension lente, et par conséquent courbe et oblique, fig. 243 et





gétations, la soudure de deux ou des trois valvules par leurs bords contigus (Charcley), leur destruction dans l'endocardite ulcéreuse, et enfin, sans que les valvules soient altérées dans leur texture, le prolapsus d'une de ces valvules, leurs ruptures, leurs déchirures, leurs perforations, qui se produisent quelquefois tout à coup pendant de violents efforts. A. Guyot pense qu'il peut y avoir une insuffisance aortique temporaire due à une congestion des valvules, et les dilatations de l'aorte, soit primitives, soit dues au voisinage d'un anévrisme, en produisent quelquefois une permanente, comme toutes les autres insuffisances aortiques. J'ai entendu Lucien Corvisart signaler à la Société de Cardiologie, en 1852, cette même cause d'insuffisance aortique. Cette coïncidence d'un anévrisme de l'aorte et d'une insuffisance aortique est très fréquente, suivant Ma-



Fig. 246.

le rétrécissement de l'insuffisance aortique peuvent coïncider, avec double souffle, et fournir alors

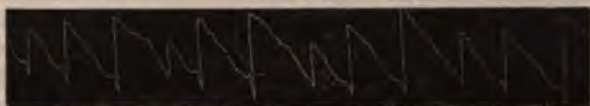


Fig. 247.

un état qui réunit les caractères des deux poulx, fig. 246. — Enfin l'insuffisance aortique dans l'état sénile des vaisseaux donne un tracé avec ascension verticale suivie du déclin caractéristique, comme le montre la figure 247, ou bien une figure avec l'aplatissement du tracé, comme seul signe de sénilité.

### Rétrécissement mitral.

On admettait que le rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, ou mitral, se manifestait par un souffle perçu immédiatement avant le premier bruit du cœur (présystolique), pendant ce premier bruit (systolique), ou pendant le second bruit (diastolique), comme je l'ai dit plus haut, lorsque Marey, se basant sur l'évolution physiologique du cœur, n'admit pas le souffle systolique (pendant le premier bruit) comme signe du rétrécissement mitral, mais seulement les deux autres; le souffle systolique est dû, selon lui, à l'insuffisance aortique. La coïncidence presque constante des deux lésions rend du reste leur séparation extrêmement difficile. — Le pouls du rétrécissement mitral simple, avec

un souffle diastolique (au second temps), et qui est très rare, n'offrirait pas un caractère bien tranché, suivant les types établis par le savant physiologiste que je viens de citer, fig. 248 et 249. L'irrégularité des pulsations est assez remar-



Fig. 248.



Fig. 249.

quer. Ils ont ceci de particulier qu'ils diffèrent tout à fait des tracés de l'insuffisance aortique, seule affection qui s'accompagne d'un souffle au second temps du cœur, comme le rétrécissement mitral. Le pouls de ce dernier est petit et irrégulier au lieu d'avoir l'amplitude apparente et la vibration de celui de l'insuffisance aortique.

Les caractères du rétrécissement mitral ne peuvent être assez nettement exposés pour que l'on établisse une différence suffisamment caractérisée entre les

fondamental d'être presque toujours d'une irrégularité c  
temps très-faible.

Uni le plus souvent au rétrécissement mitral, c'est une  
fréquentes du cœur. On peut alors constater deux souffles, av  
comme dans le rétrécissement uni à l'insuffisance aortiqu  
un examen superficiel confondre ces deux états patholog  
de propagation des bruits anormaux dans les vaisseaux du  
reconnaître les lésions mitrales, car cette propagation ne r  
rétrécissement de l'orifice aortique.

#### **Insuffisance tricuspide.**

Il est généralement admis que le souffle de cette i  
moment de la contraction ou systole ventriculaire; mais  
seul, serait toujours confondu avec celui de l'insuffisanc  
compagnait pas de *pulsations caractéristiques des veine*  
*veineux*, qui ne peuvent se manifester que par le fait  
valvule tricuspide. Le reflux du sang dans les veines jugu  
sidérable et sensible à la palpation; toujours il l'est à la  
pelé à l'article POULS VEINEUX que ce reflux pouvait se fa  
ment aux jugulaires, mais au niveau de varices des memb  
au niveau du foie, qui est alors soulevé en même temps qu  
sont dilatées, pendant les systoles cardiaques. — Le *poul*  
est régulier et sans petitesse, ce qui, joint au pouls veineux  
parfaitement l'insuffisance tricuspide de l'insuffisance n



Fig. 250. — Pouls radial de l'insuffisance tricuspide (Marey fig. 214).

insuffisance mitrale. L'ai rappelé à propos du pouls veineux

es de la tricuspidé, et le sang est refoulé dans l'oreillette et dans les caves. C'est à ce genre de faits que se rapporte l'insuffisance tricuspidé à la bronchite capillaire, à l'emphysème pulmonaire, à la pneumonie, et que Gouraud a décrite dans sa thèse (*Influence pathogén. des maladies sur le cœur droit*, 1865).

Il est évident combien sont nombreuses les conditions de l'insuffisance tricuspidé. Mais Parrot a pensé qu'il fallait encore en élargir le cadre, puisqu'il conclut que les souffles cardiaques dits *anémiques* comme toujours dus à cette insuffisance.

Or à ces derniers temps les différents auteurs, et Potain lui-même (*encycl. des sc. méd.*, t. IV, 1866), ont localisé la production de l'anémie à l'orifice aortique. Mais Parrot (*Arch. de méd.*, 1866, t. VIII), en montrant que le souffle anémique, comme analogues, les murmures qui se sentent dans certaines cachexies, dans l'hypochondrie, l'hystérie, le rhumatisme articulaire aigu et dans les fièvres, en place l'origine à l'orifice auriculo-ventriculaire droit, en faisant remarquer que tous ces bruits anormaux s'accompagnent ordinairement d'un pouls veineux des jugulaires externes. Aussi les nomme-t-il *tricuspidiens*, en les distinguant en *passifs* ou anémiques, et en *actifs* ou congestifs. Il les explique par l'élargissement du cœur droit et des vaisseaux par lui, ou par intervention immédiate du système nerveux dans les fièvres, d'où résulterait l'agrandissement consécutif de l'orifice auriculo-ventriculaire, et partant l'insuffisance de la valvule. Cette manière de voir, ingénieuse, ne me paraît pas appuyée sur des preuves suffisamment concluantes. Elle est même fortement ébranlée par deux particularités qui sont étrangères à la propagation du souffle dans les vaisseaux du cou en l'absence du pouls veineux des jugulaires, et la rareté de ce pouls veineux dans l'anémie.

Il n'a nullement été question dans cet article d'une lésion qui accompagne le rétrécissement ou l'insuffisance des orifices du cœur; je veux de l'induration avec gonflement plus ou moins prononcé des valvules. C'est cette INDURATION, dont il a été question dans un article particulier, et non sur la qualité du souffle, qu'elle rend plus ou moins rude, et encore de très-nombreuses exceptions.

**SPASMES.** — Tout en n'appliquant le mot *spasmes* qu'aux phénomènes convulsifs des muscles non soumis ou incomplètement soumis à la volonté, il est évident qu'il y a une foule de contractures, que l'on a constatées au niveau des organes viscéraux.

Il ne pouvant provoquer les spasmes les plus divers, il faudrait rappeler les causes générales des convulsions, dont les spasmes ne sont que des convulsions particulières. Les altérations du sang et certaines névroses (l'hystérie) sont les origines principales de ces accidents convulsifs, dont les phénomènes varient suivant l'organe atteint.

Il ne faut pas que je mentionne certains spasmes hypothétiques ou réels, qui ne sont pas de description particulière en tant que spasmes. Tels sont : celui du larynx dans la laryngite dite spasmodique; celui des bronches, auquel on attribue la production de l'asthme; celui du cœur, qui amènerait une mortelle; celui des intestins; et ceux des organes génito-urinaires, lesquels, chez l'homme, le spasme des muscles éjaculateurs joue un si grand rôle dans les pertes séminales involontaires. A propos des CONTRACTURES, il faut leur véritable place les convulsions toniques fonctionnelles si curieuses que Duchenne (de Boulogne) a décrites sous la dénomination de *spasmes*

une *inspiration bruyante* suivie de la *cessation de toute bilité de la poitrine*, gonflement du cou, fixité des yeux, lèvres, qui peut s'étendre à toute la face, *mouvements de battements du cœur* tumultueux et irréguliers comme l à peine sensible. Puis l'air pénètre de nouveau dans les respiration peut alors être un moment trachéale, et l'exp ques mucosités spumeuses, ainsi que je l'ai observé. *Et accès*, qui sont parfois très-éloignés et peu nombreux, rapprochés, *il ne reste rien de la maladie*. Elle se termine asphyxie au moment d'un accès.

2° *Inductions diagnostiques*. — Les accès de spasme ment caractéristiques qu'une erreur de diagnostic semble i la marche de l'affection, par accès intermittents irrégul intervalles de santé en apparence parfaite, a quelque chose que tout diagnostic différentiel semble inutile à discuter.

Ces accès de suffocation ne sauraient être confondus, du CROUP, ni même avec ceux du PSEUDO-CROUP ou *lary* non plus qu'avec les accès de COQUELUCHE, d'ŒDÈME DE LA dus à la présence d'un *corps étranger* dans le larynx, de la trachée ou des nerfs pneumo-gastriques par des *tum* aucune de ces circonstances, il n'y a absence de signe accès.

Le spasme de la glotte est donc facile à reconnaître. S que chose à redouter, dit Hérard, ce serait de ne pas é et de méconnaître ainsi une affection qui ne laisse aucun même n'a pas attiré l'attention des parents. Cependant l'ét devra suffisamment éclairer le diagnostic en pareil cas.

Il peut avoir existé des accès antérieurs caractéristiques



le plus insignifiant et surtout les efforts de *déglutition*, sur lesquels il a insisté avec raison, sont les plus ordinaires; la colère, le rire, les , toutes les émotions morales, et même le simple abaissement de la avec une spatule pour l'exploration de la gorge, suffisent pour déterminer ces.

ni les *formes* de la maladie, indépendamment de la répétition plus ou rapprochée des accès ou de leur intensité plus ou moins grande, Hérard is qu'il y avait : 1° spasme isolé du larynx; 2° spasme du diaphragme; xistence simultanée des deux spasmes. Tranchées dans les commencements Tection, ces trois formes se confondraient plus tard. — Dans le spasme e la glotte, les accidents sont ceux dont il a été question précédemment. as la seconde forme, le *spasme du diaphragme* joue le rôle principal. "accès consiste en une ou plusieurs inspirations convulsives et sonores; .te fois la glotte est libre, ou tout au plus elle est légèrement ressermée. mptômes asphyxiques existent à peine. — Enfin dans la troisième forme, tre la plus fréquente, il y a une suffocation violente, interrompue par es petites inspirations, et l'asphyxie est portée au plus haut degré.

il faut pas perdre de vue non plus les *complications*, quoiqu'elles soient ment des affections intercurrentes. On ne doit considérer comme des ications, ni les *convulsions des membres* qui accompagnent fréquem- "accès et en font en quelque sorte partie, ni la *somnolence* qui suit par s attaques, et qui dépend d'une congestion cérébrale passagère. La rou- la *pneumonie*, l'*entérocélite*, l'*ophthalmie purulente*, survenant dans ps que dure la maladie spasmodique, l'aggravent au point de la rendre le.

**Prognostic.** — Le spasme de la glotte est une des maladies les plus graves première enfance. La fréquence et la violence des accès, l'ancienneté de adie et sa marche chronique, le très-jeune âge, une constitution frêle et rition d'une maladie intercurrente ou d'une complication, sont des condi- àcheuses et qui doivent faire craindre une terminaison funeste. Les con- s opposées peuvent en revanche faire espérer une issue favorable de la ie. Les guérisons sont d'ailleurs assez rares, sans que des observations es suffisamment nombreuses aient permis d'en établir la proportion.

### **Spasme du diaphragme.**

spasme du diaphragme, auquel on a donné aussi le nom de contracture, ractérisé par une *dyspnée subite avec anxiété* extrême, *immobilisation* base de la poitrine et des parois abdominales, *soulèvement continu de astre et des hypochondres*; mouvements respiratoires rapides et brefs, s à la contraction des *muscles respirateurs supérieurs*, *souffle bron-* e à l'auscultation, *aphonie*, et, si le spasme se prolonge, phénomènes *tyxie* et mort.

symptômes caractéristiques ont été signalés par Duchenne, d'après ses ences électro-physiologiques chez les animaux, et d'après un fait observé alette sur un homme qui était affecté déjà de contractures aiguës dans es parties du corps. J'ai vu moi-même en province, avec le docteur Pain, eune personne atteinte d'hémophilie, puis d'hystérie depuis plusieurs s, et qui, depuis peu de jours, offrait plusieurs accès de spasme du dia- me chaque vingt-quatre heures, accès revenant régulièrement aux mêmes s de la journée. Les accidents effrayants semblaient soulagés par une forte ession de la saillie épigastrique; le pouls était calme et la physionomie lle dans les intervalles.

Il est probable que le spasme du diaphragme constitue la terminaison fatale par asphyxie qui survient si rapidement dans certaines affections convulsives, comme dans le tétanos, et dans la chorée grave.

Le rhumatisme du diaphragme (*diaphragmodynie*), observé par Roche et Chenevrier (*Abeille médic.*, 1858), était caractérisé surtout par une *douleur en demi-ceinture* antérieure, à la base du thorax, ou bien par un *accès subit d'étouffement*, avec sensation de constriction aux attaches du diaphragme, anxiété, immobilité de la base de la poitrine, respiration courte, gênée, et cœtale supérieure. Ces accidents constituaient des accès de deux à huit heures de durée. Il est permis de se demander s'il n'existait pas en pareil cas, non une simple douleur rhumatismale du diaphragme, mais un spasme de moyenne intensité. Quoique ce spasme, en effet, soit un accident extrêmement grave, considéré comme habituellement mortel, trois faits que j'ai été appelé à observer démontrent que *tous les accès* sont loin d'être mortels.

### III. Spasme de l'œsophage (ŒSOPHAGISME).

Lorsque, chez une personne nerveuse, une hystérique, un hypochondriaque, on voit survenir *tout à coup*, au moment d'un repas, une *dysphagie* ou sans rejet immédiat des aliments introduits, et sensation persistante et douloureuse d'un *corps étranger*, d'une *boule* assez volumineuse dans le *pharynx* est le siège de cette dysphagie, et si ces accidents disparaissent après une *durée* de quelques heures ou d'une journée entière, pour ne plus revenir ou pour montrer de nouveau à des intervalles irréguliers, on peut diagnostiquer un œsophagisme. Mais les symptômes présentent des particularités qu'il est utile de rappeler.

On a vu la déglutition produire des spasmes si violents, que le malade est forcé de se cramponner à son lit, que sa tête se renversait fortement en arrière, et que sa face devenait livide. Il peut y avoir même perte de connaissance, ou bien une angoisse inexprimable qui, chez un sujet observé par Olfmann, était due à ce que les aliments ne pouvaient être ni rejetés par régurgitation, ni entraînés dans l'estomac par des liquides. Rien de variable d'ailleurs comme l'influence des substances ingérées : tantôt les boissons chaudes passent plus facilement que les froides, les solides mieux que les liquides, et tantôt c'est le contraire qui a lieu. Dans l'intervalle de ces sortes d'accès provoqués par la déglutition, les symptômes qui existent sont très-variables : la gêne ou la constriction douloureuse qui existe dans le trajet de l'œsophage, tantôt suscite des efforts d'expectoration et fait craindre la suffocation, tantôt donne lieu à des efforts violents pour vomir et quelquefois à des vomissements de mucons ; la sensation de boule est variable, quelquefois mobile ; et parfois il existe du *brûlement*, une douleur précordiale plus ou moins vive, une soif prononcée. Enfin on voit quelquefois le spasme se propager aux organes respiratoires ; il y a alors suffocation imminente, voix éteinte, respiration saccadée et interrompue.

Les *antécédents* peuvent fournir au diagnostic des données utiles. Parmi les causes de l'œsophagisme, outre le *tempérament nerveux*, l'*hystérie* est la plus fréquente. Mondière, à qui l'on doit l'étude la plus complète de cette affection, signale comme causes indirectes les maladies du *larynx*, des *ovaires*, de l'*utérus*, de l'*estomac*, ainsi que le *rétrécissement organique inférieur* de l'œsophage, qui produirait le spasme de sa partie supérieure. Ces *différentes* coïncidences sont démontrées par des observations, mais la relation de cause à effet n'est pas toujours justifiée.

L'*inflammation* de l'œsophage, soit *simple*, soit produite par l'ingestion de *substances âcres*, paraît aussi se compliquer quelquefois du spasme qui nous

1. Mais une espèce d'œsophagisme, sur laquelle Monnière a insisté avec , est celle qui caractérise l'*hydrophobie* non rabique (Voy. RAGE). L'inspiration subite du spasme de l'œsophage permet de le distinguer facilement des affections de cet organe. La confusion ne pourrait exister qu'avec les *rétrécissements* et avec la *paralysie de l'œsophage*. Mais pour éviter il suffit de se rappeler que, dans la paralysie, il n'y a ni régurgitation des aliments, ni obstacle au passage de la sonde, comme dans l'œsophage et que si, dans le rétrécissement comme dans le spasme, il y a dysphagie, dans le rétrécissement organique, est graduellement *croissante* et l'obstacle *permanent*; tandis que, dans le spasme, la dysphagie est *transitoire*, et l'obstacle, au passage de la sonde, temporaire comme les spasmes.

Suite de tout ce qui précède que le spasme de l'œsophage peut constituer ident parfois extrêmement pénible, mais rarement mortel. Une terminaison n'a été observée que dans certains cas d'hydrophobie non rabique, les sujets très-fortement impressionnés.

**SCULUM.** — C'est surtout à l'exploration de l'utérus et du vagin que sont sacrés les spéculums, que l'on a utilisés également pour l'examen de l'oreille, et même de la bouche (*stomatoscope*), en modifiant leur forme et leur volume.

Pour bien appliquer le spéculum, plein ou à valves, il faut d'abord pratiquer l'exploration pour s'assurer de la position du col utérin. La femme étant placée dans la position la plus convenable, sur le bord d'un lit ou d'un siège, les cuisses écartées et demi fléchies, on écarte les grandes et les petites lèvres de la vulve avec l'indicateur et le médius de la main gauche, et l'on pousse avec la sonde, vers le col utérin, l'instrument muni de son embout; on retire ce dernier lorsque la pénétration est faite; on cherche ensuite à embrasser avec l'embout du spéculum le col de l'utérus, que l'on débarrasse au besoin des membranes qui le recouvrent, à l'aide d'un tampon de coton et d'une longue sonde. (Voy. DÉVIATIONS UTÉRINES, p. 281.)

**ERMATORRHÉE.** — Voy. PERTES SÉMINALES.

**ERMATOSPERMIE, SPERME.** — Il a été déjà question, à propos des PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES (p. 800), de la constatation du sperme dans le liquide écoulé de l'urètre, soit dans l'urine, soit enfin au niveau de la peau qu'il peut former dans le voisinage des parties génitales, sur la peau du lingé de corps. C'est surtout à l'aide du microscope que l'on s'assure la présence des spermatozoïdes, signe pathognomonique de l'existence du sperme. Un sperme renfermant des animalcules nombreux, bien conformés et vivants, est considéré comme propre à la fécondation; tandis que celui où on en trouve peu, plus rares, peu développés, déformés et peu vivaces en même temps, est considéré comme infécond.

**SPHYGMOGRAPHIE.** — On a dénommé sphygmographe tout instrument qui fait obtenir la représentation graphique du pouls sur le papier. Vierordt a imaginé un instrument de ce genre (*Arch. für physiol. Heilkunde*), qui a fait faire à la physiologie de la circulation des progrès réels; mais que son emploi dans la pratique n'était pas facile, les tracés obtenus étaient imparfaits. Le sphygmographe de Marey, basé sur le même principe, a l'avantage d'être beaucoup plus léger et plus portatif que celui de Vierordt, d'être extrêmement sensible, et de tracer par conséquent avec une délicatesse extrême les mouvements et les oscillations du pouls.

*Fig. 251.* — AA, artère dont on veut explorer les battements. R, ressort fixe à l'extrémité libre qu'on applique sur l'artère, et qui transmet par le soulèvement de l'artère au levier L. Ce levier se meut autour du point O, oscillant verticalement, peut tracer ses mouvements sur un cylindre tournant uniformément rectiligne.

La figure 252 le montre appliqué sur l'artère radiale et



*Fig. 252.* — Sphygmographe de Marey appliqué au bras. — T, vis destinée à serrer le ressort sur l'artère pour que le levier agisse à la hauteur de la plaque vers le poignet par le petit appareil d'horlogerie au-dessus duquel elle glisse. Le levier en mouvement effectue le tracé.

Nous ne croyons pas nécessaire de donner une description de l'instrument, dont le but est le suivant : « enregistrer les battements, non-seulement avec leur fréquence, leur régularité, mais avec la forme propre à chacune d'elle (Marey). » L'appareil est destiné à s'appliquer sur l'artère radiale au poignet. On peut, par habitude, l'adapter à d'autres artères, à la tibiale postérieure, à l'humérale, mais l'application au niveau de la radiale suffit pour la pratique.

On a cherché à simplifier et à perfectionner le sphygmographe.

et du pouls ou *pulsation*. Chaque pulsation se compose, de gauche à droite, *ascension*, du *sommet* et de la *descente*; l'ascension représentant l'afflux, le *sommet* l'afflux, la *descente*, le *lement* du sang qui sort du système artériel à travers les vaisseaux veineux. — L'ascension peut être lente ou oblique, suivant le plus ou moins de rapidité de la projection du sang dans l'artère; elle peut être saccadée.

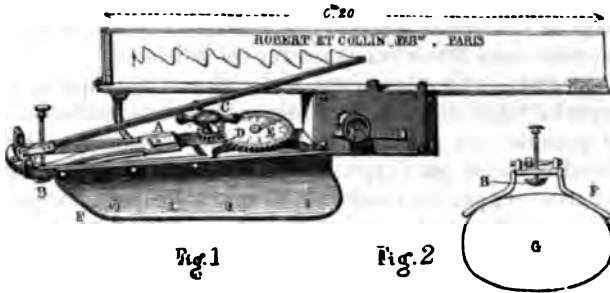


Fig. 253. — Sphygmographe de Béhier. — 1. AB, levier modifié de façon à ne s'appliquer que par la pression de la vis. C, vis de la pression à ailettes commandant la plate-forme D. D, plate-forme graduée (division en grammes). E, aiguille folle destinée à indiquer le point de départ de la pression et la quantité de grammes qui la représente. F, support rendu fixe pour éviter l'application simultanée du levier et de l'instrument. — 2. Coupe simulée du bras, destinée à montrer l'isolement du levier. B, extrémité du levier dont la vis C détermine l'application à une pression déterminée. — F, support rendu immobile et fixant l'appareil sur le bras. G, coupe du bras.

Le point intermédiaire entre l'ascension et la descente; mais quelquefois il y a un temps d'arrêt du levier qui fait qu'il existe un *plateau*, qui s'explique, dit Marey, par l'induration ou l'ossification sénile des artères. Ce plateau est précédé d'une pointe très-aiguë, ce qui ne s'observe que dans les ascensions verticales et par conséquent très-rapides. — La descente coïncide avec l'abaissement de la pression dans le système artériel. Aussi, plus cette pression baissera vite, plus la ligne de descente sera courte et s'éloignera de la horizontale. Cette ligne a tantôt une obliquité directe, et tantôt une ou plusieurs ondulations, qui constituent le *dicrotisme* (*Voy. POULS*, p. 876).

La ligne d'ensemble des tracés sphygmographiques est la direction horizontale ou plus ou moins infléchie ou ondulée qui représente la succession des pulsations tracées. Cette ligne d'ensemble s'élève ou s'abaisse suivant que la pression du sang dans la radiale est élevée ou abaissée par une influence quelconque. Si toutes les pulsations sont égales, la ligne d'ensemble reste parfaitement horizontale; elle est *sinueuse* dès que ces pulsations cessent d'offrir une parfaite régularité. L'influence la plus importante à connaître est celle qu'exerce la respiration, qui est si intimement liée à la circulation. Dans les grands efforts physiques, la *ligne d'ensemble s'élève pendant l'inspiration et s'abaisse pendant l'expiration*, ce qui me paraît tenir non-seulement à la différence de la pression artérielle dans les deux temps de la respiration, mais aussi à une autre cause. Dans l'inspiration, en effet, il se produit un afflux plus considérable du sang dans le cœur, en même temps que cet organe a plus de liberté (et par conséquent de force) pour chasser dans les artères ce sang plus abondant; dans l'expiration il y a des conditions contraires : moins de sang affluant au cœur, et par conséquent moins de facilité dans les contractions cardiaques.

Les particularités de la sphygmographie sont indispensables à connaître afin de bien comprendre les données diagnostiques qu'elle fournit (*Voy. POULS et LES CARDIAQUES*).

**THORACIQUE (Région).** — *Voy. RACHIS*.

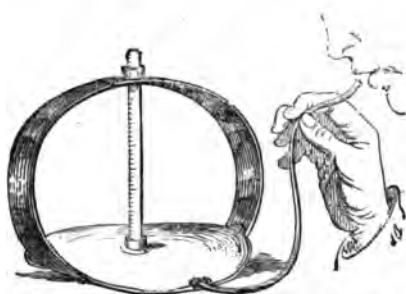
**PIÉTHOMÉTRIE.** — Ce moyen de mesurer la capacité respiratoire du thorax a été proposé par Hutchinson (*On the Spiropter*, 1846), et sur lequel Lasèque a pu donner de nouvelles données. — *Dict. de Diagn.* 2<sup>e</sup> édit.



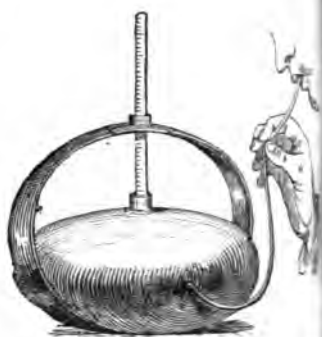
lié une excellente revue critique (*Arch. de méd.*, 1856, t. VII), n'a pas pris place dans la pratique, ce qui tient à la fois au volume considérable de l'appareil et à la difficulté d'arriver à des conclusions exemptes de contestation. Cependant le spiromètre a fourni des résultats qu'il est important de connaître; nous croyons-nous devoir lui consacrer cet article.

1° *But.* — La spirométrie sert à mesurer la capacité de la poitrine, non la capacité totale de ses vides respiratoires, mais seulement celle qui correspond à la quantité d'air inspiré et expiré, indépendamment du résidu qui ne peut être expulsé, même par l'expiration volontaire la plus énergique. On cherche à déterminer, par les constatations spirométriques, les diminutions accidentelles que les lésions pulmonaires ou autres peuvent produire dans la quantité d'air qui pénètre les poumons, et par suite l'existence de ces lésions lorsqu'elles échappent à toute autre investigation.

2° *Moyens d'exploration.* — Le spiromètre de Hutchinson est simplement un petit gazomètre, muni d'une échelle fixe et d'un indicateur mobile qui suit les mouvements du récipient d'air, et les indique sur l'échelle graduée. Chaque degré correspond à un volume d'air, déterminé. Le récipient à air plonge dans un réservoir rempli d'eau; il est en communication avec la poitrine du sujet par une expérience, à l'aide d'un tube en caoutchouc, terminé par un embout en verre. Cet appareil de Hutchinson, très-volumineux, a été modifié par plusieurs auteurs : par A. Bonnet (de Lyon), qui a employé comme spiromètre le compteur à gaz modifié; par J. Guyot, dont l'instrument est basé sur le même principe que le compteur; par Boudin, qui a imaginé un moyen de spirométrie d'une extrême simplicité, mais sur la précision duquel il est impossible de compter, *fig.* 254 et 255. Le meilleur spiromètre paraît être celui de Schnepf, dans lequel l'action de la pesanteur de la cloche à air est compensée par un contre-poids dans la chaîne passe sur une poulie, *fig.* 256.



*Fig.* 254. — Spiromètre de Boudin avant l'expiration.



*Fig.* 255. — Spiromètre de Boudin pendant l'expiration.

Le sujet soumis à l'examen spirométrique doit être debout, comme le recommande expressément Hutchinson, et libre de toute entrave qui pourrait gêner les mouvements de la poitrine. Après avoir inspiré la plus grande somme d'air possible, il introduit le tube entre ses lèvres, et fait l'expiration la plus complète. L'opération est répétée trois fois, et chaque fois le chiffre est noté.

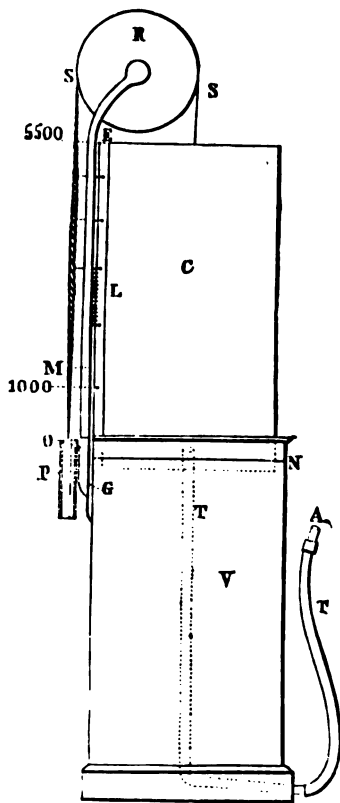
3° *Signes.* — C'est à propos des signes fournis par la spirométrie que la question devient complexe. D'abord quelle est la capacité thoracique de l'homme en santé? quelles sont les différences physiologiques relatives à l'âge, au sexe, à la taille? La solution de ces différentes questions est nécessaire pour établir

es du moins approximatives qui puissent servir de points de repère aux cas pathologiques. Quand on aborde un malade, en effet, on ignore quelle capacité respiratoire avait l'individu avant l'invasion de la maladie. Si l'on connaissait l'état normal antérieur, les modifications pathologiques auraient immédiatement leur véritable valeur, et l'on n'aurait pas besoin de recourir à un tableau des normales établies suivant le sexe, l'âge, la taille, etc., moyennes qui ne peuvent présenter que très-rarement et par hasard l'état physiologique antérieur. Le fait le plus important qui ressort de ces remarquables recherches de Hutchinson, et qui a été vérifié après lui par Schneevoogt, est, c'est que *la stature est en rapport avec la capacité vitale de la respiration*.

Cette capacité augmenterait de 1 centimètre par 2 centimètres d'augmentation dans la stature.

**Spiromètre de Schneepf.** — V, récipient en laiton, ouvert à sa partie supérieure, fermé à sa partie inférieure, traversé dans sa partie centrale par le tube T. Celui-ci communique par une inclinaison avec un tube en caoutchouc par lequel se font, d'une embouchure A, les expirations et les inspirations; l'autre extrémité du tube se termine à quelques centimètres au-dessous du plan qui passe par la circonférence supérieure du récipient. Cette extrémité du tube est sous la cloche C, dans laquelle est recueilli l'air inspiré; et d'où est puisé l'air inspiré; cette cloche est cylindrique, d'un diamètre un peu moindre que celui du récipient de manière à pouvoir s'y mouvoir. P, poids suspendu par une chaîne S dont les anneaux, de grosseur variable, sont disposés de telle sorte que leur poids s'ajoute à celui de la cloche C, ou se soustrait de manière à corriger les variations que subit la cloche, par suite de son immersion dans l'eau.

La chaîne ainsi graduée passe sur une poulie qui est soutenue par le montant M, qui se fixe dans une gaine G sur le récipient. Ce montant soutient une lame de cuivre verticale L, qui est divisée en centimètres cubes. Chaque division représente 100 centimètres cubes; à partir de 0, les divisions sont marquées de 500 à 500 centimètres cubes; elle comprend 5,500 centimètres cubes. Pour faire fonctionner cet instrument, on place le récipient sur un support qui permet de l'établir exactement horizontal; on le remplit d'eau jusqu'à un certain point N; on enfonce la cloche dans le récipient jusqu'à ce que son bord supérieur corresponde au 0 de l'échelle.



Les autres conditions qui peuvent agir physiologiquement sur la capacité thoracique ont été analysées avec soin par Hutchinson; et, en définitive, il a été établi la loi qui règle la capacité vitale du thorax à l'état normal, servant pour terme de comparaison, avec l'échelle spirométrique, la taille du sujet. Et encore il n'a agi que chez l'homme, et à l'âge adulte de 20 à 40 ans. Schneevoogt et Hecht, qui sont arrivés à des conclusions semblables à celles de Hutchinson, en employant les mesures françaises, ont trouvé, Schneevoogt : la capacité vitale varie progressivement entre 1<sup>m</sup>,48 et 1<sup>m</sup>,90, la capacité thoracique, le volume d'air inspiré allait croissant de 230 décilitres à 450; pour les tailles de 1<sup>m</sup>,54 à 1<sup>m</sup>,78; les volumes d'air ont été de 295 à 450 litres. On voit que la concordance est satisfaisante.

Les conclusions physiologiques étant ainsi formulées par des approximations aussi rapides que possible de la réalité, que trouve-t-on dans l'état pathologique du thorax ? Un seul signe : *la diminution plus ou moins considérable de la*

progrès ou l'amélioration de l'affection qu'on avait constatée comme moyen de diagnostic au début de la *phthisie pulmonaire* a été préconisée, soit lorsque la maladie est en l'un des autres signes physiques, soit qu'il y ait lieu de soupçonner l'héréditaire à l'état d'incubation, soit enfin lorsque la *phthisie* par erreur (Schneevoogt). Ce n'est, selon nous, que dans la circonstance que la spirométrie pourrait être utile. Dans les autres cas, les données ne sauraient permettre de trancher la question des tubercules du poumon : aucun fait suffisamment probant ne leur permettrait de conclure à l'existence de l'emphysème, de l'œdème pulmonaire, de l'hydrothorax, de la pleurésie chronique, affections dont il faut rapprocher la congestion pulmonaire ; et en supposant ces dernières, le doute serait encore permis en l'absence des autres signes commençants. En présence du fait de la diminution de la capacité du thorax, on pourra donc conclure à la rigueur qu'il y a une affection des voies respiratoires, mais sans pouvoir la préciser. — Quant aux indications de la spirométrie pour suivre les progrès de la *phthisie*, elles ne peuvent avoir une certaine valeur ; mais elles deviennent des signes si faciles à constater, soit dans l'état général, soit localement, à l'aide des autres moyens d'exploration.

**SPIROPTÈRE.** — Voy. ENTOZOAIRES, p. 366.

**SPLÉNIQUE** (Région). — Voy. RATE.

**SPLÉNITE.** — Le diagnostic de la splénite aiguë présente de grandes difficultés réelles en raison de l'obscurité des symptômes. Des phénomènes au début, une douleur spontanée plus ou moins vive au côté gauche, s'irradiant vers les parties voisines, et jusqu'au dos, une rénitence douloureuse sous les côtes, due à la tuméfaction du foie, un volume et une mate à la percussion ; de l'anorexie, de la soif, des vomissements et des exacerbations fébriles revenant irrégulièrement.

incertain, doit néanmoins être considéré comme grave, au moins dans un grand nombre de cas.

**SQUAMES. — SQUAMEUSES** (Affections). — On a fait des squames le caractère fondamental d'une classe d'affections cutanées comprenant le *pityriasis*, le *psoriasis*, la *lèpre* et l'*ichthyose*. Mais les squames, qui résultent de la déhiscence épidermique plus ou moins fine, comme farineuse, ou par écailles plus ou moins larges, pouvant même recouvrir de vastes surfaces cutanées, se rencontrent dans une foule d'affections indépendantes de celles que je viens de citer. La desquamation est même un phénomène tellement commun dès qu'il y a eu un subit une modification dans sa texture, qu'il serait par cela même superflu de rappeler toutes les conditions pathologiques dans lesquelles les squames se produisent.

Il y a deux sortes de desquamation qu'il faut toujours s'attacher à distinguer : l'une passagère, qui n'est qu'un phénomène consécutif d'une maladie aiguë ; l'autre plus durable, qui est un des caractères principaux d'une affection cutanée proprement dite.

La première est la conséquence des *fièvres éruptives* : de la rougeole, de la scarlatine, de la miliaire, de l'érysipèle ; et elle est quelquefois un phénomène important de diagnostic, comme indice d'une éruption antérieure douteuse et dissimulée inaperçue. C'est principalement à la *scarlatine* que s'applique cette desquamation, en raison des accidents consécutifs que l'on peut avoir à constater, sans que l'éruption scarlatineuse, limitée ou passagère, ait été notée.

On est en particulier dans les affections cutanées chroniques que la desquamation est fréquemment rencontrée en dehors de la classe des maladies dites *squameuses*. Le *pemphigus foliacé* et la *syphilide squameuse cornée* empruntent à cette circonstance leur dénomination particulière. La production des squames est remarquable dans l'*eczéma*, l'*acné sébacé* de Bielt, la *pellagre*, le *berluc*, etc., et dans les *teignes*, sous forme d'une poussière farineuse, qui se compose non-seulement de lamelles épidermiques, mais de spores de *trichophyton* parfois très-abondantes (*Voy. TEIGNES*).

Même les affections presque exclusivement squameuses, le *pityriasis* mérite une mention particulière. On le reconnaît aux squames furfuracées qui le caractérisent, et qui se rencontrent principalement sur les joues des enfants, au-dessus de la barbe des adultes, et surtout sur le cuir chevelu, d'où elles souillent les cheveux. Rarement les squames sont larges (*pityriasis lamelleux*). Elles ne changent pas la peau à sa coloration naturelle, et tantôt les parties affectées sont rouges (*pityriasis rubra*), d'un gris foncé ou noirâtre (*pityriasis nigra*), ou enfin couvrées d'un lait (pityriasis *versicolor*). Bazin a fait de cette dernière variété une affection parasitaire due au *microsporion furfur* (*Voy. PARASITES végétaux*). Le *pityriasis*, quelle que soit sa forme, est d'ailleurs une affection sans gravité ; il est quelquefois extrêmement incommode par l'abondance des squames quand il occupe le cuir chevelu.

**SQUELETTE.** — L'appareil osseux qui constitue le squelette peut être affecté indépendamment des lésions traumatiques, de maladies spontanées particulières, comme l'*ostéomalacie* ou le *rachitisme*, ou de lésions secondaires se développant sous l'influence de maladies générales ou constitutionnelles, comme le *phosphorisme*, qui produit des *périostoses*, des *exostoses*, et comme la *scrofule*, qui résultent des *caries*, des *nécroses*, la *périostite*, des *tumeurs blanches*. Les douleurs qui accompagnent ces maladies osseuses sont quelquefois remarquables par leur intensité et leur généralisation. L'exercice des fonctions vitales devient difficile ou impossible ; il survient quelquefois des *fractures*



spontanées, des déformations plus ou moins étendues, que la palpation permet de rapporter aux os, dont le gonflement, la torsion, le ramollissement peuvent être immédiatement constatés. Ces déformations du squelette sont surtout remarquables dans l'ostéomalacie et le rachitisme, dans lesquels elles se remarquent principalement au niveau de la colonne vertébrale et de la poitrine. Le thorax peut offrir fréquemment des défauts plus légers de symétrie (hétéromorphies thoraciques) très-utiles à connaître pour le diagnostic (Voy. ISSUATION), et qui paraissent dus à de simples influences hygiéniques encore peu connues. Ces hétéromorphies n'ont aucune influence sur la santé. Il n'est pas toujours de même des déformations rachitiques; mais on a singulièrement exagéré leur influence.

**STÉATOSE.** — On a introduit ce mot en pathologie dans les dernières années pour dénommer la dégénérescence grasseuse des tissus. Mais son étymologie exprime le fait le plus général de la présence anormale ou de l'accumulation insolite de la graisse dans l'organisme, que cette graisse soit déposée en excès, principalement en dehors et au pourtour des organes, ou qu'elle se soit substituée par un travail interstitiel à leurs éléments propres. Considérés dans les organes, ces deux conditions se confondent, en effet, en ce point que, dans la simple accumulation exagérée de la graisse ou polysarcie, comme dans la dégénérescence grasseuse à son début, il y a une infiltration d'éléments gras dans la trame même des organes. Mais il faut considérer que la polysarcie n'entraîne pas d'autres inconvénients que la gêne mécanique apportée aux mouvements organiques, tandis que la transformation grasseuse tend à annihiler les fonctions des tissus qu'elle envahit, en substituant un élément passif à ses éléments actifs. Il y a donc lieu de traiter à part des effets de cette substitution, en donnant au mot stéatose la signification générale que nous lui attribuons.

Entre la quantité de graisse qui se trouve dans les différentes parties du corps, dans l'état physiologique, et la polysarcie plus ou moins développée, il y a tous les degrés intermédiaires possibles; mais on ne saurait dire ou prévoir celui qui marque le début de la stéatose polysarcique, de même qu'on ne peut isoler absolument la maigreur de l'embonpoint. Quoi qu'il en soit, dans l'embonpoint prononcé ou polysarcie, il y a un fait capital: les organes conservent l'intégrité de leur structure intime. Dès que cette structure se trouve altérée par la substitution de l'élément grasse, il y a transformation, ce qui est toute autre chose.

Je dois donc renvoyer aux mots TRANSFORMATION GRAISSEUSE l'étude diagnostique des stéatoses dans lesquelles cette transformation existe. On l'a signalée, sous le nom de stéatose, dans le foie (*foie gras*), le rein, les muscles, les vaisseaux et même les os, comme nous le verrons (Voy. TRANSFORMATION GRAISSEUSE).

**STERCORAL** (Embarras). — Voy. OCCLUSIONS INTESTINALES, p. 729.

**STERTEUR.** — Le ronflement morbide se rencontre comme phénomène accessoire du coma, ou pendant le sommeil naturel, lorsqu'il existe une lésion pharyngienne, notamment une paralysie du voile du palais ou une hypertrophie des amygdales. Il résulte aussi, pendant la veille, un ronflement ou corage de la trachée par des tumeurs. Addison a cru remarquer que le coma qui survient dans la maladie de BRIGHT, n'était pas toujours illud comme dans l'apoplexie, mais caractérisé par une expiration

**SCOPE.** — Ce précieux instrument d'exploration n'est pas de



indispensable, comme le pensait Laennec, à la pratique de l'auscultation. Est véritablement nécessaire que lorsque l'auscultation a besoin d'être faite à un petit espace, ainsi que cela arrive principalement pour les bruits cardiaques ou vasculaires, moins souvent pour les bruits respiratoires, et enfin dans tous les cas où, chez les personnes du sexe, on veut éviter par convenance de toucher son oreille sur la partie antérieure de la poitrine.

**STOMATITES.** — Les affections variées qui sont comprises dans ce mot ont pour caractères communs : dans l'intérieur de la bouche, une gêne ou une douleur augmentant par le contact ou le passage des aliments ou des boissons, l'exercice de la parole, et surtout par la *mastication*, qui est rendue parfois insupportable ; souvent il y a de la *salivation*. Ces symptômes provoquent toute l'exploration de la bouche, qui offre alors des lésions caractéristiques, qui varient suivant l'espèce de stomatite : *simple* ou érythémateuse, *mercurielle*, *argentique*, *pseudo-membraneuse*, *aphteuse*, *ulcéreuse*, *gangréneuse*. Je n'ai à m'occuper ici que des deux premières, les articles DIPHTHÉRIE, ANGINES, ULCÉRATIONS, GANGRÈNE, suffisant pour résoudre la question du traitement pour les autres stomatites. Quant à la stomatite argentique, due à l'usage thérapeutique prolongé du nitrate d'argent, elle a été observée à Lyon, au Japon, en 1865. Elle était caractérisée par une tuméfaction des gencives, rouge sombre, avec liséré violet près des dents, une très-vive sensibilité à la chaleur, une odeur métallique non fétide de l'haleine. Les incisives avaient une teinte ardoisée.

#### STOMATITE SIMPLE.

Elle offre plusieurs degrés d'intensité et d'étendue, et rarement elle est grave. Lorsque la stomatite succède à des douleurs provoquées par une carie dentaire, on la reconnaît à un gonflement avec légère rougeur plus ou moins étendue, et constituant une lésion locale de peu d'importance, à moins que les dents ne participent au gonflement (fluxion) ; elle peut se terminer par un petit abcès, auquel succède une plaie qui reste parfois fistuleuse. — Une stomatite étendue résulte quelquefois du tartre accumulé sur les dents, du travail de mastication, du passage de boissons trop chaudes ou de substances irritantes. Les gencives sont alors rouges, tuméfiées, molles, douloureuses. — Quelquefois la stomatite simple est beaucoup plus intense. Les gencives surtout deviennent très-fongueuses, saignantes, s'ulcèrent et suppurent à leur bord libre, se couvrent de mucosités épaisses et blanches qui se renouvellent ; en même temps la langue se gonfle et conserve l'empreinte des dents ; l'haleine devient fétide extrême, les glandes péri-maxillaires s'engorgent, sont douloureuses, l'écartement des mâchoires devient difficile ou même impossible, et une tumeur abondante de mucosités filantes se fait incessamment. Tout récemment j'ai observé un fait de cette espèce, à la suite d'un nettoyage des dents à l'aide d'instruments mal appropriés et de frictions rudes des gencives avec un alcoolique pur. La stomatite simple à ce degré d'intensité est un fait exceptionnel, car cette intensité doit faire penser tout d'abord à une stomatite mercurielle, l'action du mercure, qui produit presque toujours les stomatites les plus graves.

#### STOMATITE MERCURIELLE.

Cette variété de stomatite peut ne pas différer, par ses caractères, de la stomatite simple d'une certaine intensité. D'autres fois cette intensité est beaucoup plus grande, et il survient des phénomènes caractéristiques. Il existe alors surtout une *savueur métallique* particulière ; plus tard, des *douleurs très-vives*, une tuméfaction prononcée des *glandes salivaires* et des *gencives*, qui s'ul-

cèrent largement ; les dents s'ébranlent et peuvent tomber, l'haleine devient extrêmement fétide, la salivation très-considérable ; le malade peut laisser écouler deux ou trois kilogrammes de salive par vingt-quatre heures ; la fièvre est rare, mais l'insomnie complète. Enfin on peut constater en même temps d'autres signes de l'INTOXICATION MERCURIELLE. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il survient une nécrose des os maxillaires.

**STOMATORRHAGIE.** — Voy. HÉMORRHAGIES, p. 483.

**STRABISME.** — Le strabisme qui survient accidentellement dans le cours d'un certain nombre de maladies intéresse le médecin, comme signe d'une affection plus ou moins profonde atteignant les nerfs moteurs propres de l'œil.

Les convulsions toniques ou cloniques aiguës produisent des strabismes momentanés qui s'expliquent facilement par le consensus des mouvements anormaux. Des strabismes, également passagers, se rencontrent encore comme symptômes de maladies des méninges ou de l'encéphale. Telles sont la *méningite aiguë*, l'*hémorrhagie méningée* de l'enfance (Legendre), certaines affections plus rares du *mésocéphale* (Godelier), etc. Mais dans ces différentes conditions, le strabisme n'est pas un symptôme isolé ; il coïncide avec d'autres symptômes plus ou moins importants.

Rencontré isolé, le strabisme permanent peut dépendre d'affections anciennes convulsives ou autres. Survenu accidentellement, il dépend d'une lésion directe ou indirecte des nerfs qui animent les muscles propres de l'œil. Ce sont alors des *paralysies localisées* au niveau de certains muscles, qui permettent aux muscles antagonistes de faire dévier le globe oculaire, et d'amener par suite la diplopie. Le strabisme *en dehors* ou externe, observé quelquefois à la suite de la *névralgie trifaciale* (Voy. p. 671), celui *en dedans*, produit par la paralysie du nerf *pathétique* (4<sup>e</sup> paire), ou du *moteur oculaire externe* (6<sup>e</sup> paire) sont les plus ordinaires. Quant aux causes, ainsi que je l'ai rappelé ailleurs, elles peuvent être locales ou générales, ou bien éloignées, comme la présence des entozoaires dans les voies digestives (Voy. PARALYSIES, et en particulier p. 724).

Mais en dehors de ces strabismes, il en est une espèce qui a été désignée sous la dénomination de *strabisme optique* par J. Guérin, par opposition au strabisme *mécanique* dû à la prédominance d'action de certains muscles de l'œil (*Mém. sur l'étiologie génér. du strabisme*, 2<sup>e</sup> édit., 1843). Ce strabisme optique est dû à des circonstances accidentelles, comme une ophthalmie, une lésion traumatique de l'œil, laissant après elle un obstacle matériel au passage des rayons lumineux (taie de la cornée, déplacement de la pupille, cataracte, etc.). Tous les mouvements mécaniques de l'œil sont ici conservés.

**STRANGULATION** (Sentiment de). — Cette sensation de constriction à la région cervicale résulte le plus souvent du SPASME de l'œsophage, et se rencontre comme un des principaux phénomènes de l'*hystérie*, ou indépendamment de cette maladie. Une tumeur cervicale volumineuse peut également donner lieu à un sentiment de strangulation, qu'il ne faut pas confondre avec la sensation de SUFFOCATION.

**STRANGURIE.** — Voy. MICTION.

**STRIDULEUSE** (Angine ou Laryngite). — Voy. PSEUDO-CROUP.

**STRONGLE.** — Voy. ENTOZOAIRE.

**STROPHULUS.** — Facile à reconnaître chez les enfants du premier âge aux petites plaques papuleuses rouges ou blanchâtres, à contours irréguliers, que l'on rencontre à la face, au cou et plus rarement dans les autres parties du corps, où elles peuvent paraître et disparaître successivement. Cette éruption n'a aucune importance, qui se remarque principalement pendant la première dentition.

ait sans erreur grossière être rapportée à une *rougeole* irrégulière ou bien *rticaire*.

**PEUR.** — Marcé, dans un intéressant Mémoire lu récemment à la des hôpitaux, définit la stupeur « un état particulier du système nerveux isé par l'engourdissement des facultés morales et intellectuelles, l'expressinée et hébétée de la face et des yeux, la lenteur et la difficulté des lectuels et des fonctions musculaires. » Cet état, plus ou moins pro- ou chronique, est un élément important des maladies mentales propre- tes, ou un symptôme de certaines affections avec lésions cérébrales. tel et aigu, il constitue un des meilleurs signes de la fièvre *typhoïde* ou ent de l'*état typhoïde* que l'on rencontre dans beaucoup d'autres mala- la stupeur est encore un élément caractéristique du *TYPHUS*, de la *PESTE*, *MNINGITE TUBERCULEUSE*, des accidents cérébraux de la *maladie de Bright* ), des empoisonnements par les *narcotiques* (p. 342).

**LET.** — *Voy.* PALPATION.

**CUSSION.** — On sait qu'on a donné le nom de *succussion hippocratique* ode d'exploration qui a pour but de s'assurer de l'existence des épan- ts dans la poitrine. Il consiste à imprimer une secousse au tronc en t sur les épaules du malade quand il est assis dans son lit, et à écouter si tend la fluctuation du liquide. Le *bruit de flot* ou de *clapotement* s'en- distance ou à l'aide de l'auscultation ; mais il peut aussi être sensible : malade lui-même. La succussion n'est pas toujours nécessaire pour ir : un mouvement un peu brusque du malade suffit pour le produire, et vu un marcher avec de grandes précautions pour éviter de provoquer ce ui devenait alors incommode par sa répétition.

t reconnu aujourd'hui que la présence simultanée d'un liquide et d'un is la plèvre est indispensable pour la production du bruit de flot, qui dès lors un signe précieux de pneumo-hydro-thorax. Mais il ne faut pas ue ce signe soit pathognomonique de cette dernière affection, car on ve dans la *dilatation de l'estomac*, avec la *dyspepsie des liquides*, et nent dans le gros intestin contenant des gaz et des liquides. Bricheteau até le bruit de clapotement à l'auscultation dans un cas d'*hydro-péri-* avec gaz.

**IRE.** — *Voy.* GLYCOSE.

**DAMINA.** — On a donné ce nom à des soulèvements vésiculeux de la superficielle de l'épiderme, qui sont incolores, comme perlés, le plus t très-fins, rarement larges et bulleux, et que l'on confond souvent à tort miliaire rouge, dont chaque pointillé vésiculeux est entouré d'un cercle natoire. Ils ont été confondus aussi avec l'eczéma hydrargyrique. Les su- étant sans couleur particulière, échappent facilement à l'attention lors- ont discrets et très-petits, comme des grains de semoule ou des petites 'épingle, par exemple. On les découvre quelquefois, avant de les voir, au ge des aines ou des aisselles, où ils sont plus communs qu'ailleurs, aux és légères qu'ils forment sur la peau et que l'on sent en y passant légère- pulpe des doigts. Une furfuration épidermique leur succède, plus visible on frotte fortement la peau.

sudamina se rencontrent quelquefois chez les *phthisiques* et dans les : *éruptives*; mais dans aucune affection ils ne sont aussi fréquents que i *fièvre typhoïde*, dont ils constituent un des meilleurs signes, comme ontré Louis. Dans les cas douteux de cette maladie, leur constatation ic extrêmement précieuse.



C'est à tort que les sudamina sont considérés comme une conséquence exclusive de la transpiration cutanée. Très-fréquemment il y a absence de sueurs lorsque l'on constate l'éruption dans la fièvre typhoïde; et Ruz a remarqué qu'à Martinique, où les sueurs sont continuelles, les sudamina étaient plus rares qu'en Europe (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1859, t. XXIV).

**SUETTE MILIAIRE.** — Cette maladie, appelée aussi vulgairement *pourpre blanc*, *millet*, *suettes des Picards*, etc., a été l'objet de plusieurs publications importantes depuis l'apparition de l'ouvrage de Rayer sur l'épidémie de 1821, et il suffit de citer les noms de Ménière, Barthez, N. Guéneau de Mussy, Gaillard (de Poitiers), Landouzy, A. Robert, H. Parrot (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1843, t. X), Foucart, Bourgeois, Taufflieb, qui ont servi la maladie sur les lieux, pour montrer que son étude n'a pas été négligée.

**1<sup>re</sup> Éléments du diagnostic.** — Les allures ou la physionomie de la suette miliaire, qui est presque toujours épidémique, varient suivant les temps et les lieux, ce qui ne permet guère d'en exposer un tableau général exactement applicable à tous les faits.

Après des *phénomènes fébriles* précurseurs, ou bien d'emblée, il survient des *sueurs* extrêmement abondantes, avec *constriction* ou *angoisse épigastrique* à l'épigastre, *anorexie*, signes d'*embarras gastriques*, parfois de *dysphagie*, des *nausées*, des *vomissements*, une *fréquence variable* du pouls qui est développé ou petit et serré; une *dyspnée* accompagnée quelquefois de *menaces de suffocation*; de la *céphalalgie*, et autres troubles nerveux, tels que de l'*abattement*, de l'*insomnie*, parfois même du *délire*, des *spasmes*, des *convulsions*. Après l'apparition des sueurs, mais seulement au bout de quelques jours, le plus souvent de quatre jours et parfois plus tardivement encore (sept ou huit jours), survient une *éruption cutanée miliaire*, qui siège le plus souvent sur le tronc, en avant de la poitrine, sur l'abdomen, sur le dos, rarement aux membres, et qui s'annonce ordinairement par un redoublement de *fièvre*, de *céphalalgie*, d'*agitation*, par des *battements tumultueux* dans la tête ou la poitrine, une *angoisse épigastrique* plus grande et un *sentiment de défaillance*. Cette miliaire est *rouge* ou *blanche*. La première est formée de petites taches de deux à cinq millimètres de diamètre, rouges, légèrement saillantes, donnant de la *rudesse* à la peau et présentant à leur sommet, visible à la loupe ou à l'œil nu, une *vésicule transparente* devenant quelquefois opaque et purulente. L'éruption de la miliaire blanche n'est autre chose qu'une réunion de sudamina dont les vésicules, plus ou moins volumineuses, peuvent se réunir en bulles ou en *phlyctènes* (miliaire *bulleuse* ou *phlycténoïde*). L'éruption est parfois successive pendant deux et même trois septénaires; elle se termine par une *desquamation*, à laquelle peut participer la langue, et qui est parfois tardive.

**2<sup>o</sup> Inductions diagnostiques.** — Il est évident que les prodromes fébriles, *malaise*, *anorexie*, *lassitude*, *céphalalgie*, *douleurs articulaires* et *épigastriques*, *nausées*, *vomissements*, *coliques*, et enfin *frissons* plus ou moins violents, sauraient faire soupçonner l'invasion de la maladie que dans le cours d'une *démie*. En dehors de cette condition, les sueurs profuses, la *constriction gastrique* et l'*éruption miliaire* sont, outre la *fièvre*, les symptômes les plus caractéristiques de l'affection.

Les sueurs sont remarquables par leur *continuité* et leur *abondance* (qui peuvent traverser toute l'épaisseur des matelas du lit), par leur *odeur* *séabonde*, et par leur défaut d'*acidité* ou d'*alcalinité* prononcées. La même temps comme macérée. Par leur *abondance*, leur *continuité*, et leur *association* avec l'*angoisse épigastrique* sur laquelle tous les auteurs ont insisté.

eurs ne peuvent être attribuées à un simple accès de fièvre intermittente; eurs l'éruption miliaire vient bientôt lever tous les doutes. Il ne faut ce-ant pas oublier que, dans certaines épidémies, des sueurs profuses ont uelquefois le seul symptôme observé, comme Gaillard l'a constaté à Poi-en 1845.

La marche de la maladie est tantôt continue, et tantôt rémittente ou inter-nte, ce qui s'expliquerait parfaitement aux yeux des pathologistes qui con-ent la suette miliaire comme de nature paludéenne. Quoiqu'on ne puisse onsidérer cette opinion comme justifiée dans tous les cas, il est bien nt que la maladie peut avoir une marche franchement intermittente, même des localités élevées et échappant en apparence à toute influence maremma-: c'est ce que j'ai constaté, dans ces conditions, chez une femme qui était chaque jour, à quatre heures après midi, d'un accès bien manifeste qui rapidement au sulfate de quinine (*Ann. méd.-psychol.*, 2<sup>e</sup> série, t. III). surtout pendant l'éruption que les symptômes généraux peuvent acquérir plus grande intensité. Lorsque la suette est bénigne, sa durée ne dépasse e deux septénaires; mais si elle est plus grave, elle peut être plus d'un à se guérir, et si la mort survient, c'est ordinairement vers la fin du ier septénaire.

Quant aux causes de la maladie, elles sont très-mal connues. Ce qu'il y a de if, c'est qu'elle est presque toujours épidémique dans certaines contrées cipalement en Picardie), et que ce n'est que d'une manière tout exception-qu'on en rencontre dans certaines localités, à Paris par exemple. Il n'est ncore prouvé que la suette miliaire soit contagieuse; mais plusieurs faits mptoiens m'ont démontré, comme à Foucart, qu'en temps d'épidémie la ur peut être une cause occasionnelle puissante. J'ai vu aussi, comme Boi-Bulletin de l'Acad. de méd., 1849), le choléra compliquer la suette, et de la suette être à son tour une complication du choléra, ce que j'ai constaté la malade dont j'ai parlé tout à l'heure. En présence de faits de cette espèce, nion qu'il y a antagonisme entre ces deux maladies n'est pas soutenable. n'est pas possible de confondre la suette miliaire, ainsi caractérisée, avec ne autre maladie. La miliaire symptomatique du rhumatisme, de la roue-, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de l'état puerpéral (*Voy. MILIAIRE*) emble à l'éruption de la suette, mais elle constitue un épiphénomène. a miliaire peut quelquefois coïncider avec des sueurs abondantes, il est vrai, elles sont loin d'être aussi copieuses que celle de la suette miliaire; dans a miliaire symptomatique, il y a rarement l'angoisse épigastrique si carac-istique de la suette, et enfin l'existence des symptômes de la maladie pré-ante ne peut faire douter de la nature accidentelle de l'éruption. Il y a ois des analogies entre cette miliaire et la suette.

La suette une fois reconnue, on aura pu déterminer en même temps sa forme nue, ou rémittente, ou intermittente. Dans les deux derniers cas, l'emploi sulfate de quinine sera une pierre de touche, par la réussite du médica-, si la rémittence ou l'intermittence existent réellement.

Les complications à redouter ne doivent pas être oubliées. Des angines tes avec ou sans fausses membranes, des bronchites, des aphthes, l'en-, sont les principales qui ont été observées. Mais les angines ne se rap-nt-elles pas au moins quelquefois, sinon toujours, à des scarlatines ales méconnues? C'est la question que l'on se pose à la lecture de certaines vations publiées; il a fallu, ce me semble, une grande préoccupation pour s y voir des exemples de scarlatine expliquant parfaitement l'ensemble des



symptômes et la terminaison funeste. Relativement aux bronchites, aux aphtes, à l'entérite, je me demande avec Valleix si ce ne seraient pas là des lésions secondaires plus ou moins fréquentes, appartenant à la fièvre miliary elle-même, au lieu d'être de véritables complications. Quoi qu'il en soit, de véritables complications ont été observées. Ce sont des accès de *suffocation*, des *hémorrhagies multiples*, des *paralysies* consécutives comme à la suite des autres maladies aiguës, et surtout des *morts rapides* ou *subites*, survenant dans les premiers jours, alors que rien en apparence ne doit inquiéter dans l'état des malades.

**3° Pronostic.** — La suette miliary se termine presque toujours favorablement. Mais il faut redouter, soit dans les cas d'éruption difficile ou supprimée, soit dans les cas en apparence les plus réguliers et les plus simples, l'insu d'accidents nerveux graves, rapidement suivis de coma et de mort, tels que le délire, de l'agitation, de la loquacité, des soubresauts des tendons, des mouvements convulsifs, ou de la stupeur, de la prostration. On est généralement d'accord pour considérer la terreur ou le pressentiment de la mort comme celui d'un mauvais augure, et comme devant faire redouter une issue prochainement fatale. Abel Robert (de Chaumont) pense que la forme rémittente sporadique de la suette est la plus insidieuse, parce qu'elle tue à la façon des fièvres pernicieuses, dont elle ne serait qu'une variété. Dans les cas les plus simples, la malaise avec sentiment d'oppression a été quelquefois le prélude d'accidents ataxiques rapidement mortels, comme Gaillard l'a observé à Poitiers. Ces faits m'ont fait penser, à propos du rhumatisme dit cérébral, que la mort si rapide qu'on observe en pareil cas pourrait bien être due quelquefois à la suette avec sueur profuse (offrant les caractères principaux de la suette) que l'on observe assez fréquemment dans le cours du rhumatisme articulaire aigu (*Voy. p. 850*).

**SUEURS.** — Les sueurs morbides sont un élément diagnostique important de certaines maladies : dans les *fièvres intermittentes* simples ou pernicieuses, dans la *PHTHISIE PULMONAIRE* par leur retour périodique et nocturne, dans la *SUETTE ÉPIDÉMIQUE* par leur profusion extrême, dans certains *RHUMATISMES*, plus rarement dans la *PHLÉBITE* de la veine porte (p. 818). Les sueurs doivent être considérées comme un phénomène critique d'une foule de maladies ; mais dans quelles limites ? C'est une question de pronostic sur laquelle la science n'est pas encore très-avancée (*Voy. CRISES*). Comme particularité intéressante et peu connue, j'ai constaté que, dans la pleurésie avec épanchement, l'apparition des sueurs devait être considérée comme un signe de résolution, attendu que, dans les faits que j'ai observés, l'apparition des sueurs coïncidait avec la résorption du liquide épanché.

La sueur plus ou moins limitée au visage et aux extrémités refroidies est un phénomène caractéristique de la syncope et de la défaillance. Des sueurs localisées s'observent quelquefois au niveau d'une moitié du corps sans cause connue (Abercrombie), ou limitées à des parties atteintes de névralgie (Nott), ou dans le cours d'une affection hystérique, rhumatismale, etc. De Graefe a recueilli quatre cas de sueur bornée aux paupières, et dans lesquels la fente palpébrale, baignée par le liquide, présentait l'apparence d'une conjonctivite avec excoriations (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIV). Collmann, de Wurtzbourg, a vu, chez un hypochondriaque, des sueurs limitées au scrotum et à la partie interne des cuisses, et qui présentaient cette particularité qu'elles paraissaient incolores et qu'elles prenaient ensuite une teinte bleuâtre d'abord, allant jusqu'à la couleur indigo (*Wurtzb. med. Zeitschr.*, 1867). Les sueurs bleues ont été d'ailleurs signalées par différents auteurs.

On a attribué à l'excrétion sudorale, abondante et continue, des éruptions

ai lesquelles la miliaire occupe le premier rang. Mais c'est une erreur matérielle de considérer les SUDAMINA (*Voy.* ce mot) comme la conséquence habituelle des sueurs. Et quant à la miliaire rouge, il n'est nullement démontré non qu'elle soit l'effet de la sécrétion sudorale elle-même.

**OPHOCAUTION.** — La perte subite de la respiration, qui caractérise la caution, diffère du sentiment de STRANGULATION. C'est un phénomène extrême de dyspnée ou une véritable asphyxie subite, ayant son origine dans toutes les affections qui obstruent, rétrécissent ou compriment plus ou moins rapidement les voies respiratoires, surtout vers leur origine. On rencontre encore la caution dans certaines affections des parois thoraciques ou des organes voisins de ceux de la respiration, et enfin dans certaines maladies générales.

On ne peut énumérer toutes ces maladies, sans rappeler toutes celles dans lesquelles l'opho-caution survient comme progrès extrême de la dyspnée, comme pour les hémorrhagies pleurétiques, pour des bronchites capillaires généralisées, les affections graves du cœur, je dois une mention spéciale aux accès de caution subite (et parfois mortels par asphyxie) que l'on voit survenir dans le spasme chez les enfants, dans le SPASME de la glotte et celui du diaphragme, la PARALYSIE de ce dernier muscle (p. 760), dans les cas de compression ou oblitération de l'artère pulmonaire, dans la PARALYSIE de l'œsophage (arrêt du bol alimentaire), dans l'OSTÉOMALACIE ayant envahi le squelette thoracique, dans des cas de GOÎTRE même d'un petit volume, et enfin comme phénomène grave de la SUEUR MILIAIRE.

**OPHOCAUTION.** — *Voy.* ABCÈS, PUS.

**OPHOCAUTION.** — Je n'ai pas à m'occuper ici du diagnostic anatomique des surdités congénitales ou accidentelles qui résultent d'une lésion matérielle des parties qui constituent l'appareil auditif, ni de la surdité accidentelle due à des causes traumatiques qui agissent en paralysant le nerf acoustique. Je me contente seulement de rappeler la surdité qui survient dans le cours de certaines maladies, en dehors de l'ouïe aiguë ou chronique, surdité qui pourrait ne pas être rapportée à sa véritable origine.

La dureté de l'ouïe ou son abolition est un des phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde, se montrant vers le milieu ou à la fin de la maladie (Louis). On la rencontre encore dans le typhus; dans la méningite cérébro-spinale aiguë; avec des pharyngites d'où résulte l'obstruction des trompes d'Eustachien, ou l'inflammation spécifique de la membrane muqueuse du tympan s'il y a des plaques ulcéreuses syphilitiques dans le pharynx. Dans le cas de pharyngite simple, la surdité est temporaire comme sa cause, mais elle n'en est pas moins le malade dans certaines circonstances. Le sulfate de quinine et la belladone produisent également une surdité passagère, dont il est utile de prévenir les malades auxquels on administre ces médicaments. Enfin la surdité se rencontre accidentellement aussi dans quelques maladies chroniques, surtout par suite d'une paralysie dynamique du nerf acoustique, dans l'ataxie, par exemple, avec la présence d'entozoaires dans les voies digestives, par suite de l'action de toutes les causes générales des paralysies. La surdité est aussi exceptionnelle dans l'intoxication saturnine.

**OPHOCAUTION.** — La sycose (*sycosis, mentagre*), décrite par les dermatographes comme une affection occupant exclusivement le menton, et caractérisée par des papules ayant pour support des tubérosités ou tubercules cutanés, a été décrite par Bazin comme une variété de teigne de la face (*Voy.* TEIGNES).

**OPHOCAUTION.** — La suspension subite et momentanée des battements du

cœur, d'où résulte l'interruption de la respiration, des sensations et des mouvements volontaires, caractérise la syncope, ainsi que la *défaillance* et la *lipothymie*, qui n'en sont que des degrés moindres.

Il y a d'abord des lipothymies ou des syncopes dont la signification est réelle immédiatement par des symptômes antérieurs ou concomitants caractéristiques. Telles sont celles qui se rattachent à des *affections du cœur* manifestes; à des *hémorrhagies* externes abondantes; à des *anémies* anciennes, à des *cachexies* profondes; à une *indigestion*, principalement chez le vieillard (*syncope sénile*); à une *dyspepsie intestinale* douloureuse, à l'*entéralgie*, à la *dysenterie*; à des *accès de coqueluche* chez l'adulte; à la *rage*; à toute affection très-douloureuse comme la *colique hépatique* ou la *colique néphrétique*.

Dans d'autres circonstances, la signification de la syncope doit être recherchée, les phénomènes symptomatiques concomitants n'ayant pas immédiatement la même évidence. C'est ce qui arrive pour l'*urticaire* avant l'apparition de l'éruption, pour la *grippe* dite syncopale, pour les syncopes de l'*hystérie* quand elles en sont la première manifestation connue, pour celle qui accompagne le *spasme de l'œsophage* au moment de la déglutition, pour les *entéocœques intestinaux*, pour les *empoisonnements* narcotiques ou septiques, pour certaines *gouttes viscérales*, pour l'*oblitération de l'artère pulmonaire*, pour les *concrétions sanguines* du cœur, et enfin dans les faits si variés d'*hémorrhagies internes*. Les syncopes pourront être prévues jusqu'à un certain point dans celles de ces affections qui auront été d'abord diagnostiquées.

Marrotte a signalé comme *affection particulière* la syncope qui peut se voir chez les enfants à la mamelle pendant leur sommeil, et qui s'accompagne de troubles intestinaux (borborygmes, émissions gazeuses, garderobes). Il rappelle que Zwinger, au dernier siècle, a déjà fait connaître ces particularités (Arch. de méd., 1853, t. II).

**SYNOQUE** (Fièvre). — Si l'on admet cette maladie, appelée aussi *fièvre simple continue*, elle doit être placée entre la fièvre éphémère et la fièvre typhoïde dans le cadre nosologique. Cette distinction est de notre époque, car les anciens confondaient sous le nom de synoque plusieurs maladies fébriles, et notamment les faits que nous considérons aujourd'hui comme des affections typhoïdes légères.

1<sup>o</sup> *Éléments du diagnostic*. — Les auteurs modernes qui ont décrit la fièvre synoque, l'ont fait d'après des observations qui ont présenté les symptômes suivants : une *fièvre* allant croissant les trois premiers jours, avec une *prostration* beaucoup moins grande que dans l'affection typhoïde, un *teint* quelquefois jaunâtre ou bilieux, l'*amertume de la bouche*, un *enduit* jaunâtre sur la langue, parfois des *vomissements*, un *ventre toujours naturel*, sauf parfois avec un peu de *gargouillement* à la pression de l'une des fosses iliaques, mais sans douleur de la *constipation*, rarement des *selles liquides*, de légères *douleurs épigastriques*, un peu de *météorisme*, des *taches bleuâtres*, ardoisées, peu foncées, sans saillie, d'un centimètre de diamètre en moyenne, ne s'effaçant pas sous le doigt et occupant surtout le ventre et la partie supérieure des cuisses. L'ensemble de ces symptômes a au plus huit jours de durée, quelquefois quatre seulement, et la *terminaison est toujours heureuse*. La guérison est rapide et se fait du jour au lendemain, après une nuit de bon sommeil ou après des phénomènes considérés comme *critiques* : une sueur plus ou moins abondante, des *vomissements*, des *évacuations alvines*, un *flux utérin*, une *épistaxis*, un *herpès labial*, etc.

2<sup>o</sup> *Inductions diagnostiques*. — Je me hâte de faire remarquer que, dans

ensemble de symptômes, il n'y a que les taches ardoisées qui puissent différencier la maladie d'un embarras gastrique avec fièvre (*fièvre gastrique*) ou d'une affection typhoïde légère. Or, ces taches attribuées à la fièvre synoque rencontrent aussi dans des cas assez nombreux de fièvre typhoïde, commeaget l'avait positivement signalé avant 1841, et comme on l'a vérifié depuis. Plus, je les ai rencontrées dans un cas de rhumatisme articulaire aigu; et encore les a signalées également dans la fièvre intermittente. Ces taches ardoisées n'ont donc pas la signification particulière qu'on a voulu leur assigner dans la fièvre synoque. Le diagnostic différentiel de la fièvre synoque ne peut donc fonder que sur l'existence des symptômes fébriles simples et sur leur durée quatre à sept ou huit jours. Il est d'ailleurs difficile de se prononcer au bout, car on peut croire à l'invasion d'une phlegmasie, et surtout d'une fièvre typhoïde ou de la fièvre typhoïde; mais l'erreur ne serait pas possible si les signes d'une inflammation locale, si les prodromes caractéristiques des éruptions, ou si la diarrhée et d'autres symptômes abdominaux, se manifestaient en même temps que les symptômes fébriles. En tout cas, l'hésitation ne saurait être de longue durée, de huit jours au plus, puisque la fièvre simple continue persiste jamais plus longtemps.

La persistance des phénomènes fébriles au-delà de ce terme, en l'absence de signes d'autres maladies, sera une présomption de l'existence d'une fièvre typhoïde que des phénomènes ultérieurs caractéristiques viendront le plus souvent confirmer; mais si ces phénomènes sont insuffisants et peu nombreux, le diagnostic sera plus obscur, et, dans ce cas, la longueur de la convalescence ne saurait seule admettre qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde à symptômes légers et non d'une fièvre synoque. Ce n'est donc qu'avec une extrême réserve que, dans les premiers jours d'une fièvre douteuse, même lorsque les phénomènes fébriles ont été peu sensibles, l'on devra se prononcer pour la fièvre qui l'occupe, car c'est une affection très-rare par rapport à l'affection typhoïde.

L'embarras gastrique fébrile en imposera aussi d'autant mieux pour une fièvre synoque que celle-ci peut se caractériser par un enduit épais de la langue, un teint jaunâtre, etc., et simuler la forme bilieuse de l'embarras gastrique; mais celui-ci n'a pas de durée fixe, et il cède presque immédiatement à l'emploi d'un éméto-cathartique, ce qui suffit pour différencier les deux affections.

L'existence d'une phlegmasie locale, la pneumonie, suivant Marrotte, pour jouer le rôle de simple épiphénomène dans le cours de la fièvre synoque (*Arch. de méd.*, 1855, t. VI). Cette interprétation, qui n'est pas faite pour élucider le diagnostic déjà si difficile de cette fièvre, ne saurait être acceptée comme une vérité démontrée; car on peut tout aussi bien considérer les faits de ce genre comme des pneumonies de légère intensité, dans lesquelles les phénomènes généraux précèdent les signes locaux, sans qu'on soit obligé de considérer la fièvre comme une fièvre synoque.

3° *Pronostic.* — J'ai rappelé plus haut (si l'on admet la fièvre synoque) que le pronostic doit être considéré toujours comme favorable.

**SYNOVIALES.** — Voy. SÉRIEUSES.

**SYPHILIDES.** — Les accidents syphilitiques secondaires compris sous cette dénomination constituent des affections cutanées extrêmement fréquentes, qui ont été bien étudiées d'abord par Bielt, puis par Cazenave, Ricord, Basseau, Diday, etc.

1° *Éléments du diagnostic.* — Les syphilides, considérées comme un des signes les plus hâtifs et les plus certains de l'infection syphilitique générale,

ont des caractères communs qui servent à les distinguer des affections cutanées vulgaires, dont elles offrent d'ailleurs toutes les lésions dites élémentaires : exanthèmes, macules, papules, vésicules, bulles, pustules, tubercules. Ces caractères généraux sont : une *teinte cuivrée* de l'éruption, le plus souvent une *forme arrondie, circulaire*, et l'*absence de prurit*. — Pour un certain nombre de syphilides, il faut y joindre *la tendance à la destruction des tissus par suite d'ulcérations* syphilitiques secondaires, des *croûtes* particulières (Voy. p. 255) qui recouvrent les *ulcérations* ou leur succèdent, des *cicatrices* consécutive, d'abord de couleur bronzée, puis plus tard blanches, inégales, déprimées et comme gaufrées. Enfin on a signalé, comme caractères secondaires importants, le *siège de l'éruption*, plus fréquent au visage et au cuir chevelu qu'ailleurs, et la *tendance des syphilides précoces à se développer simultanément sur le même individu*, ce qui arrive rarement dans les maladies non spécifiques de la peau. Les syphilides présentent en outre des particularités distinctives, selon les espèces, dont il sera question plus loin.

2° *Inductions diagnostiques*. — Il ne faut pas croire qu'il soit toujours facile de diagnostiquer la nature syphilitique des affections cutanées comprises sous le nom commun de syphilides, et de les distinguer des affections vulgaires.

Leurs caractères généraux d'abord ne sont pas constants, et de plus ils peuvent se rencontrer dans des affections cutanées non spécifiques. Cazenave, il est vrai, considère la *teinte cuivrée* particulière de la peau comme constante et pouvant suffire au diagnostic ; mais cette proposition est trop absolue, et Ricord a fait remarquer avec raison que plus on est près du début de l'éruption et moins la *teinte cuivrée* est foncée et caractéristique. La configuration en cercles et l'*absence de prurit* sont également inconstantes et se rencontrent en dehors des syphilides, en sorte que, malgré la fréquence beaucoup plus grande des trois caractères généraux que je viens de rappeler dans les syphilides comparativement aux affections cutanées vulgaires, ces caractères deviennent souvent insuffisants au lit du malade, à moins qu'ils ne soient réunis et franchement accusés. Dans le cas contraire, on basera ses inductions sur la connaissance positive d'antécédents pouvant se rapporter à des accidents primitifs de vérole, sur la constatation actuelle de traces cicatricielles de ces accidents antérieurs ; on s'appuiera surtout sur l'existence simultanée, soit de manifestations syphilitiques secondaires autres que l'éruption cutanée (principalement des engorgements ganglionnaires cervicaux), soit d'accidents tertiaires, qui ne se rencontrent, il est vrai, que dans les cas de syphilides profondes et anciennes. L'absence d'adénopathies dans la zone de la syphilide est regardée comme un signe distinctif important par Ricord.

L'évolution des syphilides présente ceci de particulier qu'elles peuvent se chaîner les unes aux autres, les plus superficielles se montrant d'abord, et leur apparition étant d'autant plus lente qu'elles occupent plus profondément la peau. On les voit apparaître tantôt pendant l'évolution des accidents primitifs de la vérole, tantôt à une époque plus éloignée : de la quatrième à la sixième semaine, six mois au plus après le début (Ricord), et leur marche est le plus souvent chronique et lente.

Mais une particularité capitale pour le diagnostic, c'est la *forme* ou l'espèce de syphilide observée. Les *formes* les plus fréquentes sont, d'après les relevés de Ch. Martins et Mac-Carthy, les syphilides papuleuses, exanthématiques et tuberculeuses ; on rencontre moins fréquemment les pustuleuses, et plus rarement celles à formes squameuse, vésiculeuse ou bulleuse. Sous la dénomination



## SYPHILIDES.

*de pigmentaire* ou *maculeuse*, A. Hardy a décrit une syphilide tardive : cou et les épaules pour siège de prédilection (*Voy.* p. 610).

de temps après les accidents primitifs, la forme la plus commune est *hématiche*, qui comprend la roséole et l'érythème papuleux. — La *syphilitique* est surtout fréquente. Très-souvent elle est précédée de ure, de fièvre et d'angine avec dysphagie, sécheresse et rougeur violacée nuqueuse pharyngienne. Les taches qui paraissent d'abord sur le tronc étendre rapidement à toute la surface cutanée, sont d'un rose assez vif issant lentement sous la pression du doigt; plus tard elles deviennent bru-

Leur durée n'est que de quelques septénaires, à moins qu'elles ne soient ues. Lorsque le début est fébrile, on pourrait croire à une *rougeole* ou *scarlatine* anormales. Chez l'enfant nouveau-né, Diday a vu des piqures es, malgré l'ecchymose centrale qui les caractérise, être prises pour des roséoliques (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 94). — L'*éry-papuleux* est essentiellement éphémère et accompagne presque toujours ptôme primitif ou lui succède immédiatement (Cazenave, Ricord). L'éruption montre par plaques du diamètre d'une pièce d'un franc au plus, légère-ailantes. Il ne faut pas les confondre avec les érythèmes analogues dus à *re de potassium* ou au *copahu*.

*syphilide papuleuse* comprend le *lichen syphilitique*. Il est tantôt aigu, lé d'un léger mouvement fébrile et caractérisé par des papules très-petites, ombreuses, occupant le visage et le cou; tantôt apyrétique et bien plus e (plusieurs septénaires), à papules discrètes, arrondies, plus larges (un à millimètres), légèrement squameuses, et occupant principalement les res dans le sens de l'extension, le dos, les épaules, la nuque, le front. iernière variété peut s'étaler en *plaques squameuses* ou se transformer *ercules*. La forme papuleuse est très-rare chez le nouveau-né, au point an, cité par Diday, prétend n'en avoir jamais rencontré. Il y a quelques i, au Bureau des nourrices, j'ai cependant constaté un lichen syphilitique ace des mieux caractérisés, chez un enfant chétif, offrant en même temps thème de couleur cuivrée au voisinage de l'anus.

*syphilide tuberculeuse* est constituée, à son début, par des saillies plus ou dures, de volume variable, comme celui d'une tête d'épingle à celui d'un ou beaucoup plus développées; tantôt isolées (*syphilide tuberculeuse inée*) et tantôt groupées (dites alors *en groupe*), tantôt sèches et squas, et tantôt s'ulcérant. Les ulcérations s'effectuent en profondeur (*syphiberculeuse perforante*) ou en surface (forme *serpigineuse*), et elles se nt par des cicatrices caractéristiques.

*syphilide pustuleuse* comprend l'acné, l'impétigo et l'ecthyma syphili-. — L'*acné*, formé de pustules discrètes, de la grosseur d'un grain de ris ou d'une lentille, d'un rouge cuivré, occupe de préférence le visage, chevelu, et les *membres inférieurs* où, suivant Gibert, sa présence est ristique, l'acné simple se montrant presque exclusivement sur les régions eures du corps. — L'*impétigo* est confluent ou non confluent. Il constians le premier cas, la *syphilide pustulo-crustacée*, ainsi désignée en des pustules nombreuses qui donnent rapidement naissance à des croûtes illantes, inégales, verdâtres, molles, bombées. Elles sont enchâssées dans rds d'une ulcération peu profonde, qui se répare par une cicatrice plus ou difforme (Cazenave), et que l'on observe ordinairement au visage, au cou, itrine. Chez le nouveau-né, l'impétigo syphilitique occupe principalement ge, où il est reconnaissable à l'aréole cuivrée qui entoure les croûtes, aux

croûtes sèches et plus foncées que celles de grisâtres et peu profondes qu'elles recouvre

Quant à l'*ecthyma syphilitique*, comme s'il est superficiel ou profond. Dans le premier au cuir chevelu, ou disséminé sur tout le corps, qui est plus grave, se rencontre le *ecthyma cachectique*, qui siège sur le cuir chevelu, que celui-ci ne s'observe que chez les vieillards.

Les *syphilides squameuses* comprennent la *syphilide squameuse cornée*. Le premier ne diffère de la *syphilide squameuse* que par la moindre adhérence des squames et des surfaces atteintes; il laisse après lui des taches blanches. La *syphilide squameuse cornée*, qui se trouve sur les mains ou à la plante des pieds, est constituée par une couche épaisse sur des points blanchâtres et souvent arrondis. Ces plaques ont un diamètre de 1 à 2 centimètres et présentent à leur centre un point noir dans l'épaisseur de la peau; et tantôt elles forment une plaque épaisse qui semble recouverte d'une croûte, qui ne tarde pas à se fendiller et à devenir douloureuse. Il ne faut pas oublier que ces deux variétés de *syphilides* tuberculeuse et papuleuse, qui s'accroissent peu épaissies, et avec lesquelles il ne faut pas les confondre.

Les *syphilides vésiculeuses*, l'*eczéma*, les *syphilides vésiculeuses* ne se distinguent réellement des *syphilides* que par la teinte des rougeurs, cuivrée d'abord, puis plus lente.

Les *syphilides bulleuses* sont le *rupia* et le *syphilide bulleux*. Le *rupia* ne diffère du *rupia* non syphilitique que par sa teinte. — Le *pemphigus syphilitique* s'observe chez les atteints de syphilis congénitale, principalement des mains, où les bulles sont aussi le mieux caractérisées. Paul Dubois et Depaul l'ont vu commencer par des taches rouges, où apparaissent ensuite un grand nombre de bulles, auxquelles succèdent des croûtes. Le derme est intact ou ulcéré. Il ne faut pas confondre le *pemphigus* non syphilitique. Hervieux a observé le *pemphigus syphilitique* chez les nouveau-nés de la Maternité de Paris qu'en janvier 1868. Il évalue à 150 le nombre de cas qu'il a constatés jusqu'à quinze cas en une seule journée, quoique d'une durée rarement moindre d'un mois. Les bulles du volume moyen d'une lentille, de 2 à 3 millimètres de diamètre. L'inoculation, faite sans résultats, ce qui ne doit pas, selon le Dr. Joulin, être attribuée à la non-contagiosité de la maladie (Société de Médecine, t. XXVI.) Il a une forme régulière, et dont la rupture ne laisse que des croûtes. C'est la seule lésion appréciable. C'est une lésion de la femme, et qu'on ne constate qu'accidentellement, ce qu'on ne puisse, sans inattention, co-



u chancre diphthérique du col de l'utérus, décrit par Bernutz, et qui ce par des vésicules agglomérées, opaques, dont la rupture laisse apercevoir une fausse membrane bientôt saillante et jaunâtre, puis une ulcération anée, caractéristique, de très-longue durée.

Ces variétés si diverses de syphilides, il en est qui diffèrent peu des cutanées vulgaires, et d'autres qui ont des caractères spéciaux comme ceux de la peau, caractères précieux pour le diagnostic. Telle est la syphilide éreuse compliquée d'ulcérations; tel est le pemphigus des nouveau-nés et la plupart des observateurs.

On pourra tirer quelquefois du siège des syphilides des inductions utiles. Précédemment qu'elles occupaient plus fréquemment le visage et le cuir que les autres régions du corps; mais je dois ajouter que l'acné et l'eczéma occupent principalement les membres inférieurs, et que la paume de la main et la plante des pieds sont le siège de prédilection de la syphilide squameuse de l'adulte, et du pemphigus des enfants, chez lesquels les affections muqueuses de la peau des mains et des pieds ont été signalées par Trousdale (comme des indices rarement infidèles d'infection syphilitique de méd., 1847, t. XV).

**Diagnostic.** — La plupart des syphilides sont des phénomènes transitoires et ne marquent l'invasion de la syphilis constitutionnelle. Elles n'offrent de dangers que dans des conditions exceptionnelles; tel serait, par exemple, le chancre syphilitique de la face chez le nouveau-né, suivant Diday. Elles sont d'autant plus fâcheuses qu'elles détruisent plus profondément les tissus et produisent des cicatrices plus considérables, principalement au visage.

**SYPHILIS.** — Cette maladie virulente est certainement celle qui a donné lieu au plus grand nombre de publications contradictoires parmi les travaux modernes. Il suffit de citer, parmi une foule d'autres, les noms de Baumès, Devergie, Guérin, Cullerier, Diday, Ricord, Vidal (de Cassis), Melchior Robert, Rollet, A. Fournier, Viennois, etc., pour réveiller l'idée des luttes scientifiques suscitées par la question de la syphilis.

**Éléments du diagnostic.** — Pour bien exposer le diagnostic de cette maladie, il faut faire abstraction des théories autant que possible, et se fonder sur ses inductions sur les faits tels qu'ils se présentent, sans choix comme dans une conclusion. Ainsi envisagés, nous ne devons donc pas diviser à priori les faits en *vénériens* (sans retentissement dans toute l'économie) et en *syphilitiques* (avec infection générale); car le problème de cette distinction se précécise à résoudre à propos de chaque malade.

**Symptômes primitifs.** — Ces symptômes, dits aussi *locaux* ou d'invasion, et qui se développent là où l'action de la matière infectante sur l'économie s'est fait d'abord sentir, comprennent :

1° Le *chancre primitif*, simple ou induré, ce dernier considéré avec raison comme le principal symptôme primitif de syphilis par Ricord. On y a joint la *plaque muqueuse*, et le *bubon*, dit *bubon d'emblée* (?), que l'on considère généralement comme un *symptôme successif* du chancre, ainsi que la *lymphangite*.

2° **Symptômes secondaires.** — On considère comme tels ceux qui s'observent au niveau de la peau, des muqueuses et des ganglions lymphatiques. Ce

sont les *engorgements ganglionnaires indolents*; les *plaques muqueuses*, les *exanthèmes*, les *lésions des membranes muqueuses*, telles que l'*ophtalmie*, le *rhinorrhée*, l'*angine* ou *pharyngite* dits syphilitiques, et les *ulcérations secondaires* aux *apophyses*, des fosses nasales, des oreilles, de la bouche, de la langue, de la

ment. La syphilide squameuse cornée, qui se voit spécialement *à la plante des pieds*, est constituée par des squames et formant une couche épaisse sur des points un peu saillants à leur cuivrée et souvent arrondis. Ces plaques sont tantôt d'un centimètre et présentent à leur centre un point dur, corné, et dans l'épaisseur de la peau; et tantôt elles sont réunies de telle sorte qu'il y a une plaque épaisse qui semble recouverte de plusieurs couches qui ne tarde pas à se fendiller et à devenir le siège de fissures. Il ne faut pas oublier que ces deux variétés de syphilides sont confondues avec les lésions tuberculeuse et papuleuse, qui s'accompagnent quelquefois de plaques peu épaisses, et avec lesquelles il ne faut pas les confondre.

Les syphilides vésiculeuses, l'eczéma, l'herpès et la varicelle ne se distinguent réellement des éruptions analogues que par la teinte des rougeurs, cuivrée d'abord, grisâtre et qui marche plus lente.

Les syphilides bulleuses sont le *rupia* et le *pemphigus*. Le *rupia* ne diffère du *rupia* non syphilitique que par son ulcère. — Le *pemphigus syphilitique* s'observe seulement chez les atteints de syphilis congénitale, principalement à la plante des mains, où les bulles sont aussi le mieux caractérisées, s'observe aussi à la face. Paul Dubois et Depaul l'ont vu commencer par une teinte rougeâtre, où apparaissent ensuite un grand nombre de vésicules qui forment des bulles, auxquelles succèdent des croûtes; au-dessous, le derme est intact ou ulcéré. Il ne faut pas confondre ce pemphigus syphilitique avec le pemphigus non syphilitique. Hervieux a observé un pemphigus épidermique chez les nouveau-nés de la Maternité, depuis le mois de janvier 1868. Il évaluait à 150 le nombre des petits malades atteints. Il a constaté jusqu'à quinze cas en une seule journée. C'était un pemphigus d'une durée rarement moindre d'un mois à six semaines, qui commençait par des bulles du volume moyen d'une lentille, mais pouvant atteindre trois centimètres de diamètre. L'inoculation, justifiée par la

du *chancre diphthérique du col de l'utérus*, décrit par Bernutz, et qui naît par des vésicules agglomérées, opaques, dont la rupture laisse apercevoir une fausse membrane bientôt saillante et jaunâtre, puis une ulcération profonde, caractéristique, de très-longue durée.

En ces variétés si diverses de syphilides, il en est qui diffèrent peu des autres cutanées vulgaires, et d'autres qui ont des caractères spéciaux comme ceux de la peau, caractères précieux pour le diagnostic. Telle est la syphilide muqueuse compliquée d'ulcérations; tel est le pemphigus des nouveau-nés, la plupart des observateurs.

On pourra tirer quelquefois du *siège* des syphilides des inductions utiles. Précédemment qu'elles occupaient plus fréquemment le visage et le cuir chevelu que les autres régions du corps; mais je dois ajouter que l'acné et l'eczéma occupent principalement les membres inférieurs, et que la paume des mains et la plante des pieds sont le siège de prédilection de la syphilide squameuse de l'adulte, et du pemphigus des enfants, chez lesquels les affections muqueuses de la peau des mains et des pieds ont été signalées par Trousseau et Lasègue comme des indices rarement infidèles d'infection syphilitique (*de méd.*, 1847, t. XV).

**Prognostic.** — La plupart des syphilides sont des phénomènes transitoires annonçant l'invasion de la syphilis constitutionnelle. Elles n'offrent de danger que dans des conditions exceptionnelles; tel serait, par exemple, le pemphigus syphilitique de la face chez le nouveau-né, suivant Diday. Elles sont d'autant plus fâcheuses qu'elles détruisent plus profondément les tissus et qu'elles produisent des cicatrices plus considérables, principalement au visage.

**SYPHILIS.** — Cette maladie virulente est certainement celle qui a donné lieu au plus grand nombre de publications contradictoires parmi les travaux modernes. Il suffit de citer, parmi une foule d'autres, les noms de Baumès, Devergie, Guérin, Cullerier, Diday, Ricord, Vidal (de Cassis), Melchior Robert, Rollet, Fournier, Viennois, etc., pour réveiller l'idée des luttes scientifiques engagées par la question de la syphilis.

**Éléments du diagnostic.** — Pour bien exposer le diagnostic de cette maladie, au lit du malade, il faut faire abstraction des théories autant que possible, et se baser sur ses inductions sur les faits tels qu'ils se présentent, sans choix comme dans l'exclusion. Ainsi envisagés, nous ne devons donc pas diviser *a priori* les syphilides en *vénériennes* (sans retentissement dans toute l'économie) et en *syphilides* (avec infection générale); car le problème de cette distinction se présente précisément à résoudre à propos de chaque malade.

— **Symptômes primitifs.** — Ces symptômes, dits aussi *locaux* ou d'*invasion* par Lagneau, et qui se développent là où l'action de la matière infectante dans l'économie s'est fait d'abord sentir, comprennent :

le *chancre primitif*, simple ou induré, ce dernier considéré avec raison comme le principal symptôme primitif de syphilis par Ricord. On y a joint la *plaque muqueuse*, et le bubon, dit *bubon d'emblée* (?), que l'on considère généralement comme un *symptôme successif* du chancre, ainsi que la *lymphangite*.

— **Symptômes secondaires.** — On considère comme tels ceux qui s'observent au niveau de la peau, des muqueuses et des ganglions lymphatiques. Ce

sont les *engorgements ganglionnaires indolents*; les *plaques muqueuses*, les *syphilides*, les *lésions des membranes muqueuses*, telles que l'*ophtalmie*, le *rhume*, l'*angine* ou *pharyngite* dits syphilitiques, et les *ulcérations secondaires* aux aïeux, des fosses nasales, des oreilles, de la bouche, de la langue, de la



quement observées aux parties génitales chez la femme que chez l'homme. Facilement reconnaissables à leur forme ordinairement arrondie, à leur surface papuleuse en masse, à leur surface aplatie ou légèrement convexe, leur couleur est rosée ou livide, quelquefois ulcérées ou fendillées, recouvertes le plus souvent d'une pellicule fine, d'apparence muqueuse (que Diday a comparée à une couche de collodion à moitié desséché), et d'autres fois d'une fausse membrane grisâtre, elles sont tantôt discrètes et tantôt confluentes. Ces plaques ne se développent d'emblée ou bien succèdent à un chancre en voie de guérison dont les bourgeons charnus font saillie en masse au dehors. Quel que soit le point de départ, leur développement végétant peut donner lieu à des ulcères et à des végétations qui, au pourtour de l'anus, portent le nom de *condylomes*. Leur durée est très-variable, courte ou très-persistante, et leur guérison ne laisse de trace cicatricielle que lorsqu'elles ont été ulcérées, et ces cicatrices sont-elles petites et superficielles.

Les *ulcérations syphilitiques secondaires* constituent également des accidents importants au point de vue du diagnostic, qu'elles occupent les parotides, le col de l'utérus, ou le rectum, la bouche, la langue, la gorge (où elles sont fréquentes), les fosses nasales, les paupières, les oreilles. Ces ulcérations sont ordinairement *irrégulières, à bords déchiquetés* et souvent *taillés à pic*, le fond est *déprimé, grisâtre* par places, parfois finement grenu, baigné par un liquide *sanieux*, ou caché par des *croûtes épaisses*; les tissus de leur base sont généralement *indurés*, leurs *bords décollés*, quelquefois *gangrenés*; leur guérison tantôt lente et tantôt rapide, est envahissante en surface ou en profondeur, ce qui les a fait dénommer *ulcères serpigneux, phagédéniques*. Il en résulte des pertes de substances parfois considérables. On peut constater ces ulcères à l'aide du laryngoscope, lorsque l'ulcération échappe à la vue, en particulier, par exemple, une partie du pharynx inaccessible à l'œil ou bien l'intérieur du larynx. Le diagnostic en est alors très-difficile, car on peut tout au plus soupçonner l'existence d'une ulcération quelconque, sans en pouvoir préciser la nature.

Une donnée diagnostique importante est le retour nocturne des *douleurs articulaires* ou péri-articulaires. Cependant leur valeur comme signe de syphilis n'est pas absolue, car des douleurs analogues se rencontrent avec l'intoxication saturnine.

Un certain nombre d'*accidents tertiaires*, que l'on rencontre dans les os ou moins profondément situés, ont également des caractères propres, mais moins bien accusés. — Les *tumeurs gommeuses* ou *tubercules tertiaires* constituent des tumeurs sous-cutanées ou sous-muqueuses isolées, se situant dans toutes les parties du corps, mais plus fréquemment aux membres, surtout aux membres supérieurs, indolentes, sans changement de couleur de la peau, rarement agglomérées ou douloureuses; elles ont pour caractère principal de se développer avec une lenteur de plusieurs années avant d'acquiescer à la formation d'une noisette ou d'une noix, puis de se terminer soit par résolution, ce qui est rare, soit, ce qui est le plus ordinaire, par suppuration avec gangrène locale, et ulcération persistante jusqu'à la fonte complète du tubercule. — Les *ulcérations tertiaires* qui résultent de la fonte des gommages syphilitiques, les *ulcères de l'os* ou du *rupia* syphilitiques sont jaunâtres, grisâtres, pultacées, exhalent à pic, répandent une odeur infecte, et donnent lieu à des cicatrices profondes, à celles des brûlures profondes. — Les *rétractions musculaires* syphilitiques, indépendantes de toute affection du système nerveux, s'accompagnent de douleurs sourdes, nocturnes, dans le muscle qui se tuméfie et devient

dans la très-grande majorité des cas. On ne peut confondre l'orchite qui a une marche inflammatoire, ni avec des tumeurs selées, comme une tumeur encéphaloïde, qui commence avec une tumeur gommeuse du scrotum. — Les arthropathies sont loin de présenter des signes aussi tranchés. Pour Ricord pas de symptôme différentiel caractéristique entre les tumeurs spécifiques et celles qui sont syphilitiques. Pour Ph. Boyer possible, mais les caractères différentiels qu'il a donnés sont suffisants. — Les douleurs ostéocopes ont des caractères signalent. Elles sont d'intensité variable, et peuvent être at dans le même point, où la moindre pression les exaspère. L'os est parfaitement senti et indiqué par les malades, ce qui tour nocturne, qui dépend uniquement de la chaleur du pour les différencier des douleurs névralgiques et des douleurs condaires.

Les périostoses et les exostoses localisées ou très-étendues sont fréquemment rencontrées dans la pratique. Ce sont des tumeurs d'une grande valeur, et qui sont facilement reconnaissables. Elles tuent des tumeurs extérieures au niveau des os accessibles ou moins volumineuses, dures, peu ou point douloureuses. La périostose seule peut quelquefois être aiguë (périostose gonorrhéique) comme cela peut arriver aussi pour les exostoses non étendues. Elles ont quelquefois de la fluctuation, puis suppure ou se résout. Les périostoses se développent dans des parties inaccessibles à l'exploration, celle du crâne, celle du rachis, etc., elles donnent lieu à des symptômes de compression d'autant plus prononcés qu'elles se développent dans des parties profondes. Elles produisent la paralysie, à des convulsions épileptiformes. On en a vu produire de la dysphagie, dans l'orbite l'amaurose, l'ophtalmie. Dans les cas de cette espèce, le diagnostic présente de grandes difficultés, à moins que l'on ne soupçonne la cause des accidents.

Les lésions viscérales syphilitiques sont aussi des ac

*Lat.*, 1862), on ne peut guère trouver de caractères particuliers qu'à l'in-  
 zation ou à la compression qui résultent des exostoses, périostoses, caries  
 roses du crâne ou des vertèbres, et bien plus rarement de tumeurs dé-  
 eées dans la masse nerveuse. Quoique les accidents symptomatiques  
 t jamais par eux-mêmes de caractères spéciaux, il y a dans leur évolution  
 rticularités qui, rapprochées des antécédents syphilitiques, peuvent éclair-  
 r la nature des lésions du cerveau ou de la moelle. Je me contente de  
 bservation générale. Je crois cependant utile de rappeler que Griesin-  
 e Tubingue (*Archiv. der Heilkunde*, 1860), admet avec Lallemand que  
 cidents cérébraux apoplectiformes peuvent survenir chez des sujets syphi-  
 s; tantôt ils seraient subits, et tantôt précédés de céphalalgie et de phéno-  
 : cérébraux divers. Une hémiplégie graduelle, avec contractures localisées,  
 s accidents bizarres, comme des accès intermittents de céphalalgie avec  
 issement du pouls et somnolence profonde, ainsi que l'a observé Duchek,  
 nt des effets de la syphilis cérébrale, que l'âge peu avancé des malades  
 aire soupçonner. Lebert (1857-1860), Virchow (*De la syphilis con-*  
 ., 1860), Lagneau (1860), Gros et Lancereaux (1861), Ladreit de La Char-  
 (1862), ont publié des travaux très-importants sur ce sujet difficile.

*Foie.* — On a distingué dans les affections syphilitiques du foie des lésions  
 e peuvent être révélées que par la nécropsie, comme la *périhépatite* con-  
 e par des petites tumeurs presque miliaires à la surface du foie; mais il en  
 autres beaucoup plus importantes : ce sont l'*hépatite* syphilitique et l'*affec-*  
*gommeuse* du foie. — Gubler est le premier qui ait sérieusement étudié  
 uite syphilitique (*Mém. de la Soc. de biol.*, 1852). Après lui, les auteurs  
 usieurs thèses estimées, et Leudet (1860), Virchow, et Frerichs (*Traité des*  
*du foie*, 2<sup>e</sup> édit., 1865) se sont occupés de cette affection. Il survient ici  
 ésions du foie, qui affectent la forme de cicatrices (Virchow), donnant  
 gane une forme inégale, irrégulière, marronnée, très-bien décrite par Gu-  
 et qui peut donner lieu chez l'adulte pendant la vie à un symptôme pré-  
 que j'ai rencontré à l'Hôtel-Dieu, chez un matelot qui présentait d'autres  
 ents de syphilis invétérée; ce symptôme consistait en tumeurs multiples,  
 nnées, du volume d'une noisette à celui d'une petite noix, mobiles, faci-  
 et constatées à la palpation à l'épigastre et au-dessous des fausses côtes  
 s, indolentes, et résultant d'une sorte de désagrégation du foie en lobules  
 lis peu volumineux. D'autres signes de l'affection du foie peuvent aussi  
 er le diagnostic. Tantôt il est augmenté de volume, tantôt atrophié, et  
 tuant alors une cirrhose qui peut ressembler à la cirrhose ordinaire, par  
 e, l'ascite, et même les troubles digestifs; il y a eu dans quelques cas des  
 sements et des selles sanguinolentes. Hérard admet, avec Pihan-Dufeillay,  
 i cirrhose syphilitique peut se caractériser, comme la précédente, d'abord  
 e hypertrophie, puis par l'atrophie (*Soc. méd. des hôp.*, avril 1864). Sui-  
 eudet (*Monit. des sc. méd.*, 1860), la syphilis hépatique peut être latente,  
 nnoncer par de l'ictère, une douleur gravative locale, prononcée surtout  
 i marche et dans la station, et par une hypertrophie de l'organe. Cette  
 on, qui débute quelquefois dans la période secondaire de la syphilis  
 d), est fréquente pendant la vie intra-utérine, et elle peut ensuite être  
 ée chez l'enfant nouveau-né et même chez des jeunes sujets ou des vierges,  
 qu'on puisse déterminer si l'infection a été accidentelle. L'affection a une  
 on et une croissance qui peuvent durer plusieurs années, ou bien être plus  
 s et se faire en quelques mois. Enfin Leudet la considère comme curable,  
 ame pouvant se compliquer de phénomènes hydropiques, même d'albumi-

nurie. Budd (*Diseases of the liver*, 1857) a décrit l'affection syphilitique du foie que l'on peut rapprocher de l'hépatite syphilitique par qu'elle fournit, et qui a été confondue comme elle avec le cancer.

c. *Reins, rate.* — Rayer avait signalé l'albuminurie comme pouvant être à la syphilis; le fait est que, sous son influence, le rein, ainsi qu'a démontré Virchow, puis Lancereaux (*Traité de la syphilis*, 1866), atteint de néphrite interstitielle, de dégénérescence amyloïde et d'atrophie. Quant à la rate, Virchow a admis comme syphilitiques certaines dégénérescences amyloïdes se terminant par une augmentation du tissu conjonctif avec des dépressions cicatricielles, mais sans signe distinctif pendant la vie. On ne peut donc que soupçonner la lésion dans les cas où la rate déborderait des côtes.

d. *Appareil respiratoire.* — Il existe d'abord des lésions au larynx; l'raucité de la voix révèle la laryngite chronique syphilitique, pouvant, au début, être confondue avec la laryngite tuberculeuse. En rétrécissant la cavité, cette laryngite syphilitique produit parfois des accidents de suffocation qui peuvent dépendre aussi d'un œdème de la glotte, et contre lesquels on s'est habituellement d'employer la trachéotomie. Il y a fréquemment des ulcérations qu'il faut porter de rechercher à l'aide du laryngoscope, et très-rarement une destruction des cartilages par nécrose; l'expulsion des parties nécrosées est alors concluante. — De semblables ulcérations existent quelquefois aussi dans les bronches, où leur cicatrisation peut produire le RÉTRÉCISSEMENT de ce conduit; à la suite, une asphyxie croissante mortelle. — Du côté des poumons, on a vu depuis longtemps des lésions syphilitiques. Ricord a signalé des gommes pulmonaires, Virchow admet des ulcérations des bronches et une pneumonie syphilitique. Lebert, Lagneau, Leudet, Lorain ont observé des abcès de ce genre, et Depaul a démontré depuis longtemps (*Gaz. des hôp.*, 1851) que les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire et succombant avec des symptômes du côté des voies respiratoires (symptômes de pneumonie lobulaire) ont fréquemment une lésion syphilitique des poumons (noyaux indurés).

e. *Organes circulatoires.* — Ricord a vu mourir subitement un individu chez lequel on trouva à l'autopsie un épaississement de l'endocard et des valvules ramollies semblables à des gommes dans diverses parties du cœur (seaux) (*Clin. iconographique*, 1851). D'autres observateurs ont vu des lésions analogues qu'ils ont considérées comme syphilitiques; mais, en fait, pas, les signes que l'on peut alors observer ne présentant absolument rien de spécial.

Plusieurs maladies de la peau réputées rares ou exotiques ont été décrites par Rollet (de Lyon), comme des manifestations de la syphilis; il tente de les énumérer. Ce sont : le *mal de Sainte-Euphémie* (de Nérac), le *pian de Nérac* (Raulin, 1751), la maladie de Chavagnac (1829), la maladie de Brunn (Th. Jordan, 1857), celle de *la lièvre* (Cambieri), la *facaldina* (Zecchinelli, 1786), le *mal de la baie de Saint-Gilchrist* (1765), la *radesyge*, le *mal de la baie de Saint-Amboise* (Bontius, 1718), et le *frambœsia* (Arch. de méd., 1851).

La connaissance de ces manifestations si diverses, isolées ou combinées, est la base du diagnostic. Mais pour en tirer convenablement parti, il faut pénétrer l'évolution la plus ordinaire des accidents syphilitiques, leur incubation, qui s'étend entre la contamination primitive et les accidents secondaires, peut être de plusieurs mois ou de plusieurs années; beaucoup d'observateurs; elle ne peut pas dépasser six

étudié avec soin la succession des symptômes syphilitiques, et ce serait également du *quatrième au sixième septénaire* que l'on verrait cesser l'incubation; en sorte qu'on peut alors rencontrer encore, en même temps que les premières manifestations secondaires, des accidents primitifs qu'il faut rechercher d'ailleurs dans tous les cas. Alf. Fournier a soutenu cette manière de voir devant la Société médicale des hôpitaux en 1865, et il place la cause des lésions longues dans les conditions individuelles plus ou moins bonnes du sujet qui reçoit le virus. Les recherches de Sigmund, de Vienne (*Gaz. hebdom.*, 1865), s'accordent sur la durée de l'incubation (six semaines) avec celles de Ricord et d'Alf. Fournier. Que se passe-t-il pendant l'incubation? Sperino (*Voy. médical*, 1864), se fondant sur une élaboration spéciale et le ralentissement du courant circulatoire que subit le virus dans les ganglions lymphatiques, fait de ces ganglions le siège, le foyer, où il acquiert la propriété infectante. C'est une hypothèse ingénieuse, nullement démontrée. Ricord indique, comme signes les plus précoces de l'infection générale, la *chloro-anémie*, des troubles de la vue, des douleurs névralgiques de la tête, des douleurs rhumatoïdes des membres pendant la nuit, irrégulières dans leur siège et leur intensité, ou une simple éruption précédant l'apparition des accidents secondaires. Les engorgements lymphatiques indolents ayant pour siège de prédilection les régions cervico-antérieure ou cervico-céphalique, et l'alopecie, sont aussi considérés comme des phénomènes des plus précoces, qu'il ne faut pas par conséquent négliger de rechercher.

Dès que la peau et les muqueuses sont affectées, d'abord très-superficielles (éruptions exanthémateuses, altérations de couleur, états papuleux, plaques muqueuses), puis plus profondément (tubercules cutanés, ulcérations des muqueuses). Enfin les accidents tertiaires, plus profonds encore, se montrent un temps plus ou moins long, et assez souvent après bien des années. Mais il faut pas oublier que les phénomènes peuvent se combiner de telle sorte que des accidents secondaires apparaissent alors que l'accident primitif persiste encore, et les accidents tertiaires pendant le cours des secondaires. Le traitement a d'ailleurs une grande influence sur cette évolution qui, ainsi qu'on le voit, n'a pas toujours la régularité qu'on a cherché à lui assigner. Mais ce n'est pas une raison pour admettre d'une manière absolue, comme Cazenave, par exemple, que cette évolution est sans aucune importance.

La question qui se rattache à l'évolution de la syphilis est celle des récidives. On admet généralement qu'on ne peut l'avoir qu'une fois. Cependant Ricord, Follin, Delestre ont cité des faits de syphilis récidivée. Diday n'en croit pas des exemples aussi rares qu'on le dit généralement. Tout en admettant l'unicité de la syphilis, comme celle de la variole, par exemple, il compare les récidives syphilitiques par rapport à la syphilis primitive, à la varioloïde qui se reproduit après la variole (*Arch. gén. de méd.*, 1862, t. XX). Dans plus de la moitié des cas de la seconde introduction du virus suivie d'accidents, il a trouvé un chancre induré, à part l'adénopathie indurée concomitante, sans accidents constitutionnels (*chancroïdes*); dans plus d'un quart des faits, il y a eu un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels moins intenses que ceux de la première syphilis (*véroloïdes*); enfin dans moins d'un demi-quart des cas, le chancre induré a été suivi d'accidents constitutionnels plus intenses que ceux de la première syphilis (*secondes véroles*).

*Signes complémentaires.* — Jusqu'à présent je n'ai tenu compte que des symptômes lents ayant des caractères spéciaux; mais il en est une foule d'autres qui ne sont pas lents, et qui ne rentrent en rien, ai-je dit, des mêmes états pathologiques considérés comme



non syphilitiques. A ceux-là on n'attribue le caractère syphilitique que par la préexistence ou la coïncidence actuelle d'autres accidents manifestes de cette nature et dont je me suis occupé précédemment.

Parmi les phénomènes séméiologiques primitifs sans caractère syphilitique évident, on a rangé la *blennorrhagie* et le *bubon d'emblée*. On leur a accordé et dénié tour à tour la nature syphilitique. L'un et l'autre ont été manifestement suivis d'accidents secondaires et tertiaires dans des faits bien observés; mais c'est dans l'explication que se traduisent les dissidences, l'hypothèse d'un chancre caché ou larvé dans tous les cas d'infection générale étant considérée par Ricord comme une réalité indirectement démontrée, ce qui n'est pas admis par d'autres observateurs.

Nous trouvons parmi les phénomènes séméiologiques secondaires ou tertiaires sans caractères spécifiques : l'ophthalmie, le coryza, la pharyngite érythémateuse et papuleuse, l'iritis, les végétations, certaines douleurs névralgiques ou rhumatoïdes, la phthisie pulmonaire résultant seulement de la fonte de gomme développées dans le poumon (Van der Kolk, Ricord), les syphilides ressemblant aux éruptions cutanées vulgaires, et enfin beaucoup de névroses, qui ont été bien étudiées par L. Gros et Lancereaux, ainsi que par Zambaco, dans des ouvrages qui ont été couronnés par l'Académie de médecine. On doit cependant reconnaître que quelques-unes de ces manifestations doivent, plus particulièrement que les autres, éveiller l'idée de la syphilis, parce qu'elles en sont plus fréquemment la conséquence; telles sont l'iritis, les végétations, les syphilides douteuses, et, comme névroses, la paralysie accidentelle des muscles moteurs de l'œil.

L'étiologie fournit assez souvent des données de diagnostic complémentaires et très-importantes, entre autres l'existence de lésions syphilitiques chez le sujet contaminateur. Mais d'autres fois, l'origine de la contagion reste obscure ou inconnue, et ce sont ces faits incertains qui ont motivé les assertions les plus diverses, trop souvent tranchantes en l'absence de preuves. Il est acquis aujourd'hui que les chancres mous ou indurés, les plaques muqueuses et des accidents secondaires, peuvent transmettre la syphilis. Il est également certain que l'emploi de certains instruments infectés peut la produire, comme on l'a vu pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache (*Soc. méd. des hôp.*, 1864). Mais l'étiologie est complexe s'il s'agit d'un enfant nouveau-né ou à la mamelle, dont la syphilis congénitale ou acquise peut avoir indifféremment sa source chez le père, la mère, la nourrice ou même chez une personne étrangère. La transmission par la vaccination sera, en raison de son siège, et comme suite de l'opération vaccinale, plus facilement reconnue, mais à la condition expresse qu'on ne prendra pas pour des lésions syphilitiques, des complications locales, des pustoles vaccinales produites par des causes accidentelles, comme des influences épidémiques et certaines constitutions médicales, comme l'a montré J. Guérin dans la discussion récente qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur le virus vaccin (*Bulletin de l'Académie de médecine*). Cette contamination par la vaccine a été signalée à différentes reprises depuis 1800, époque à laquelle Mosely la fit connaître.

Pour exposer le *diagnostic différentiel* des accidents syphilitiques, il faudrait entrer dans de grands développements; car chaque phénomène simple ou complexe de la maladie pourrait donner lieu à discuter longuement son diagnostic différentiel, et des ouvrages entiers ont été consacrés à ce sujet (Yver, *Métamorphoses de la syphilis*, 1854). Je crois cet exposé inutile, car dès que l'on songe à la syphilis, le diagnostic s'élucide rapidement. Or, la pensée de la syphilis doit surgir à l'esprit en présence de toute affection ou

mène chronique ayant quelque analogie avec ceux que j'ai énumérés, et est du cadre de l'observation habituelle. Une syphilis dissimulée ou méconnue précédemment est considérée à peu près comme certaine si l'accident (maladie observée) cède rapidement à l'emploi d'un traitement spécifique (sulfureux et iodure de potassium). On a insisté avec raison sur l'importance de cette ressource diagnostique, qui est quelquefois la seule preuve de la réalité des phénomènes observés. Elle est surtout utile lorsque l'on se trouve en l'absence d'un état pathologique ou d'un symptôme isolé, même à une période très avancée de la maladie (dix, quinze ans et plus après la contagion, après des accidents tertiaires), sans qu'aucun autre accident manifeste ou du moins avoué par le malade puisse mettre sur la voie par la filiation ordinaire des manifestations successives de la maladie, et sans qu'on ait la ressource de constater des *stigmates cicatriciels* de lésions syphilitiques anciennes. Une difficulté de diagnostic différentiel a été soulevée par Alf. Fournier (*Soc. méd. Paris*, 1865) sur les caractères de certaines lésions scrofuleuses comparées aux lésions syphilitiques. Hérard en pareils cas a eu recours à l'iodure de potassium, dont le succès lui a paru démontrer la nature syphilitique des symptômes, qui étaient une destruction des os propres du nez avec ulcérations. L'évolution de la maladie et la recherche de la cause seront ici d'un grand secours pour le diagnostic dont il ne faut pas cependant se dissimuler la difficulté dans plus d'un cas.

Le diagnostic de la maladie une fois établi, il reste à en déterminer les particularités complémentaires : le degré, la forme, les complications. Relativement au degré d'évolution de la syphilis, on l'a distinguée en bénigne, grave, et en cachectique ou phagédénique. — On a d'abord considéré la syphilis *bénigne* celle dont l'évolution ne dépasse pas la période primitive en vertu de certaines idiosyncrasies, ou par l'effet du traitement employé. Ses progrès heureux ne sauraient être niés; mais à quels signes les reconnaître si ce n'est à l'absence ultérieure de tout phénomène secondaire ou tertiaire : or, ce caractère distinctif, excellent pour motiver une distinction scientifique, n'a pas de valeur immédiate, lorsque l'on est en présence d'un malade atteint de symptômes primitifs, rien ne pouvant indiquer que plus tard il ne surviendra des symptômes secondaires ou tertiaires. — On a appelé *grave* au contraire la vérole qui se manifeste par les trois ordres de phénomènes primitifs, secondaires et tertiaires, dont l'ensemble démontre l'intoxication profonde de l'organisme. — La forme *cachectique* ou *phagédénique* est un degré encore plus avancé, qui se reconnaît à la teinte terreuse de la peau, à l'amaigrissement, aux taches ecchymotiques, au ramollissement des gencives, au trouble des digestions, à la diarrhée, parfois aux hémorrhagies intestinales, et enfin à l'apparition de certaines ulcères syphilitiques qui sont rongeurs, serpigneux, mous, fongueux, à bords décollés, livides, quelquefois gangréneux. Pour plusieurs observateurs distingués, le phagédénisme serait la conséquence unique des irritations intempestives et des cautérisations exercées sur les lésions.

Outre de ces formes de syphilis fondées sur le degré plus ou moins avancé de la maladie, il en est d'autres qui ont, dans leur ensemble, une importance pratique utile à rappeler pour la pratique, et qui tiennent à la prédominance de certaines particularités. Telle est la syphilis héréditaire, celle des nouveau-nés, celle des nourrices. — La syphilis héréditaire se manifeste ordinairement quelques semaines après la naissance, rarement après deux mois, d'abord par un érythème caractéristique, par des plaques muqueuses, et rapidement ensuivi par des ulcérations de la bouche, du pharynx ou des fosses nasales, "

... par la faiblesse, l'émaciation, la coloration  
 ... (Trousseau), par son aspect parcheminé, ridé,  
 ... qui donne aux enfants un air de petits vieillards.  
 ... les parties génitales ou aux membres inférieurs.  
 ... des bulles de pemphigus, des excavations et des  
 ... particulièrement les malléoles et les talons. Trou-  
 ... la syphilis chez le nouveau-né peut se montrer après  
 ... si la mère a eu plusieurs accouchements  
 ... peut naître mort avec ou sans lésions extérieures appa-  
 ... la syphilis s'annonce par des bulles de pemphig  
 ... les mains et la plante des pieds (Voy. SYPHILIS, p. 244).  
 ... la suppuration du thymus et celle du poumon. Le médecin  
 ... ne peut jamais répondre qu'il n'y ait pas quelque lésion dans l'en-  
 ... d'un enfant nouveau-né, ce qui montre la réserve avec laquelle  
 ... sur la santé des enfants confiés à des nourrices. Le mé-  
 ... la rareté des engorgements ganglionnaires et des lésions osseuses,  
 ... la fréquence de la roséole syphilitique et des plaques muqueuses  
 ... sont très-souvent ulcérées chez les enfants. Parmi les accidents qui se  
 ... héréditairement, on range aujourd'hui les accidents tertiaires, que  
 ... ne croyait d'abord susceptibles que de produire la scrofule. La syphilis  
 ... le nouveau-né peut contracter, en dehors de la mère, ne diffère pas de celle  
 ... que l'on observe chez l'adulte et qui est transmise par un chancre. Beaucoup  
 ... d'observateurs admettent aujourd'hui que des accidents secondaires peuvent se  
 ... transmettre de la nourrice à l'enfant et réciproquement. Les enquêtes qui  
 ... de pareilles contaminations, dont les parents et la nourrice se regardent  
 ... la responsabilité, nécessitent des investigations difficiles et beau-  
 ... coup de prudence et de réserve, de la part du médecin appelé à se prononcer.  
 ... Quant à la syphilis des nourrices, celle qui survient à la suite de la succion  
 ... du sein par un enfant infecté, est la seule qui mérite une mention particulière.  
 ... Mais ici il faut bien se garder de confondre les fissures du mamelon, l'eczéma,  
 ... l'impétigo, ou le simple ecthyma de cette région, avec des accidents syphi-  
 ... tiques, et ne pas oublier que la stomatite non syphilitique chez l'enfant, surtout  
 ... lorsqu'elle est ulcéreuse, gangréneuse ou accompagnée de muguet, peut pro-  
 ... duire sur le mamelon de la nourrice une irritation qui en impose parfois pour  
 ... une affection syphilitique.

Les complications ou plutôt les effets consécutifs de la vérole varient d'une  
 manière générale suivant le degré auquel est arrivée la maladie et suivant  
 la nature de certaines lésions. Je n'ai qu'à rappeler l'anémie et le dépérissement  
 qui accompagnent la cachexie syphilitique, la phthisie due au développement  
 de gomme dans les poumons, les paralysies (qui sont rares), l'atrophie  
 musculaire (Voy. p. 144), la fragilité ou le ramollissement des os (OS  
 MALACIE), l'avortement. Parmi les lésions, les ulcérations méritent  
 mention particulière comme pouvant produire des destructions de parties  
 d'organes plus ou moins importants, des perforations, des hémorrhagies  
 mortelles, comme j'en ai constaté une par suite d'une ulcération syphilitique  
 siégeant à la  
 bronche principale et qui pénétra jusqu'à un anévrysme  
 résulte des cicatrifications difformes à l'extérieur, et par  
 suite de conduits dont le calibre est indistinctement  
 induits respiratoires (Voy. CICATRICES, RÉTRÉCISSEMENT).  
 Une complication a été observée par Verneuil et par Alf. Forster  
 nents subinflammatoires dans la cavité séreuse qui

tendons extenseurs des doigts sur la face dorsale du carpe et du métacarpe, ont été signalés par Gubler dans la paralysie des extenseurs, et qui se content aussi dans le cours du rhumatisme (*Voy.* p. 932). Cette lésion était-elle ment syphilitique?

On a attribué à la syphilis une foule de maladies qu'il serait bien inutile d'énumérer, car aucune preuve ne vient à l'appui de l'opinion, souvent erronée, auteurs sur ce point. Je dois cependant faire exception pour les scrofules transmises aux enfants par les parents atteints de vérole. On est d'accord sur la facilité de cette transmission, sans l'être sur les conditions dans lesquelles elle se fait, ni même sur les signes de ces scrofules héréditaires, qui paraissent troubler toutes les fonctions, et par suite le développement physique de l'enfant. Parmi les écrivains les plus modernes qui se sont occupés de cette question, Maisonneuve et Montanier considèrent cette scrofule comme différant de la scrofule ordinaire par l'absence de certains symptômes; tandis que, pour Guérin, elle est au contraire la scrofule ordinaire, plus certains symptômes. Il faut voir que le sujet réclame de nouvelles recherches.

• *Pronostic.* — Le pronostic de la syphilis varie suivant une foule de circonstances. Sans entrer dans des détails inutiles, après ce qui précède, sur la gravité ou sur la gravité plus ou moins grande des symptômes ou des groupes de symptômes considérés isolément, je rappellerai seulement que la syphilis a rarement une issue funeste chez l'adulte, ce que démontre la mortalité infiniment faible des hôpitaux de vénériens; que, par contre, elle est très-souvent mortelle dans le premier âge, surtout si elle est héréditaire; et que, lorsque l'enfant en guérit, sa santé générale reste plus ou moins profondément atteinte. Dans les choses égales, un traitement convenable empêche l'affection de devenir chronique et même paraît l'arrêter dans son évolution.

• *TACHES.* — Les taches diffèrent des MACULES, qui sont fixes et durables, par leur apparition accidentelle et transitoire. Ce sont : des *ecchymoses* (bleuet, hémophilie, érythème noueux); des taches bleuâtres ou *ardoisées*, observées dans la fièvre synoque (?) ou typhoïde, mais qui ont été rencontrées aussi par Jaccoud dans la fièvre intermittente, et par moi dans le rhumatisme articulaire aigu, taches ne disparaissant pas sous la pression du doigt; des *PÉTÉCHIES* (petites taches) généralement persistantes; des taches *rosées lenticulaires*, arrondies, d'un à deux millimètres de diamètre, disparaissant au contraire momentanément sous la pression, occupant le plus souvent l'abdomen, et se distinguant des piqûres de puces par l'absence du petit point ecchymotique central que ces dernières présentent. Louis a signalé les taches rosées lenticulaires (bien différentes des échies), comme un des meilleurs signes de la fièvre typhoïde; elles sont, en fait, presque constantes dans cette affection, et très-rares dans d'autres pyrexies. Des taches rosées ou rouges se remarquent dans le TYPHUS, et constituent les principaux indices des fièvres éruptives commençantes; ou au contraire les traces d'une éruption récente (herpès, variole, impétigo, etc.). Dans certains POISONNEMENTS, des taches caractéristiques peuvent révéler l'espèce de poison administré, de même que celles de sulfure de plomb paraissant à la peau après un bain mercuriel, dénotent une intoxication saturnine, ou des applications de sels de mercure sur la peau. Enfin Trousseau a appelé *méningitiques* des taches que l'on peut produire, non-seulement dans la méningite, mais encore dans plusieurs autres maladies.

• *ACT.* — *Voy.* SENS et TOUCHER.

• *TEIGNES.* — Pour traiter du diagnostic des affections appelées teignes, il faut avant tout préciser ce que l'on doit entendre par cette dénomination. Les



dermatologues ne sont malheureusement pas d'accord. Elle a été appliquée à toutes les affections du cuir chevelu, puis plus tard à désigner plus spécialement le *favus* (ou *faveuse*) comme vraie teigne, les autres maladies du cuir chevelu étant considérées comme de fausses teignes. En 1850, Cazenave a réuni toutes les affections contagieuses du cuir chevelu sous le principe de la contagion, mais en attribuant tout à un parasite cryptogamique; en sorte qu'il considère comme fausses toutes les affections qu'il regarde comme essentiellement parasitaires, et qu'il place également au niveau des *cheveux* et des *poils*, des affections de l'*épiderme*. Elles constituent trois genres de teignes, parasites différents, et elles peuvent toutes s'observer sur le cuir chevelu, mais encore sur la face, sur les parties sèches du corps et sur les membres. Cette manière d'envisager la nosologie a donné lieu à de nombreuses objections, sans parler de celles qui sont d'ordre générale du parasitisme telle que l'a posée Bazin (sur la contagion). On ne saurait nier cependant qu'elle n'ait jeté quelque lumière sur ce sujet. Je vais m'occuper successivement de la *teigne favo-queuse*, de la *teigne tonsurante* et de la *teigne circulaire*, d'après Bazin, dont la classification et la description nous ont servi de guide, et la question de diagnostic au point de vue le moins

**I. Teigne favo-queuse** (*tinea vera*, *tinea ficiosa*, *favosa*, *porrigo scutulata*, *favus*).

La teigne favo-queuse est depuis longtemps considérée comme contagieuse. Elle a été attribuée par Bazin à la transmission par un champignon particulier, l'*achorion de Schoenlein*. Le transmissibilisme de ce champignon est aujourd'hui un fait hors de toute doute, par les expériences faites par Lemaire; un teigneux se grattant, passait ensuite sur des vases remplis de glace, des croûtes furent ensuite trouvées dans ces vases, montrant un grand nombre de spores (*Acad. des sciences*, 1850).

Il est difficile de reconnaître le *favus* à ses premiers symptômes: prurit incommodé, des plaques d'érythème se forment, gonflement et douleur à la pression, puis les *poils* qui deviennent ternes, grisâtres et faciles à arracher. Le diagnostic devient facile au contraire dès que la maladie est avancée: la *cupule favique* caractéristique et dont le centre est traversé par un fil de matière favique, le progrès de la sécrétion, et le rapprochement des *cupules* peut se répandre et former des plaques plus ou moins larges ou épaisses, mais qui malgré la durée de la maladie ne soit très-ancienne, des godets faviques se forment vers leurs bords. Ces croûtes exhalent une odeur fétide, les *cheveux* tombent et repoussent frêles et la peau n'est pas entièrement détruite. Leur chute est définitive, les plaques daires, ordinairement *pustuleuses*, et l'*ulcération* détruit complètement le follicule. Les *cicatrices* qui succèdent à la chute des *cupules* dépourvues de cheveux, constituent ensuite des *trous*.

Les concrétions faviques, délayées dans l'eau ou dans l'alcool, mises au microscope à un grossissement de deux cent fois, présentent exclusivement, comme l'a démontré Ba-



L'achorion de Schœnlein, *fig. 257 et 258*, et les réactifs chimiques démontrent, comme le microscope, la nature végétale des croûtes faveuses. Les



Fig. 257. — Achorion Schœnleini.



Fig. 258. — Achorion Schœnleini. — a, b, filaments de réceptacle. c, d, spores.

l'achorion, *fig. 259*, pénétrant dans les follicules pileux, produirait en se développant dans ces follicules, et en détruisant les bulbes pilifères. L'absence des godets faveux agnostique offre des difficultés

Les rougeurs ou les an-  
rythémateux qui précèdent  
n de ces godets, sont en effet  
s, sur le tronc, aux cercles  
es qui caractérisent la *teigne*  
*te* ; ils sont seulement plus  
indres qu'une pièce de cin-  
ntimes) et d'une remarqua-  
mité. Bazin nie que l'érythème fasse défaut au cuir chevelu comme on

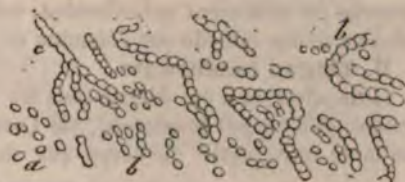


Fig. 259. — Pousse faveuse. — a, sporules isolées. b, spores en chapelet. c, tules formés de sporules réunies bout à bout (Bazin).

tules qui peuvent survenir au niveau des points érythémateux ont été es à tort par Willan comme le point de départ de l'affection favique. Les ne doivent être confondues ni avec des pustules d'*impétigo*, ni arition des concrétions faviques, qui forment des points jaunes qui t être pris pour le pus de ces pustules.

oules peuvent être déformées et non reconnaissables au niveau des ciennes et sèches qui résultent de leur agglomération. Or, dans cet routes ressemblent à celle de l'*impétigo* du cuir chevelu, et n'en dif- par l'altération des cheveux et leur destruction dans le favus ancien, e cette altération ou leur destruction manquent dans l'*impétigo*. De eur caractéristique des croûtes de favus manque dans l'éruption impé- La difficulté du diagnostic est plus grande si le favus et l'*impétigo* n même temps.

rticularité importante est celle du *siège* de la teigne faveuse. Localisée u cuir chevelu, elle est inoculée par suite du grattage des doigts dans arties du corps, à la face, au tronc, aux membres, où souvent l'appari- cles herpétiques d'un très-petit diamètre précède l'éruption des croû- es, suivant Bazin. Cependant l'affection peut se développer de prime toutes les régions, notamment aux bras, aux jambes, aux parties sexuel- ne au niveau des ongles, comme Mahon l'avait signalé, en le constatant ème. — L'ongle prend alors plus d'épaisseur, une teinte bleuâtre, jaunît et se flétrit dans une partie de son étendue, et, après un tem- s

pour être perdues de vue. Ce sont des éruptions diverses accidentelles, interne, scrofuleuse, dartreuse ou syphilitique, pour la distinction faut tenir compte de l'ensemble des signes que l'on a sous les yeux fournis par l'évolution des accidents cutanés.

Le pronostic de la teigne favéuse est moins grave qu'au moyen de traitement actuellement mis en usage ; mais sa guérison est plus ou moins difficile par l'étendue et la durée antérieure de l'affection.

## II. Teigne tonsurante.

Cette affection a été décrite sous les noms de *teigne tonsurante*, et d'*herpès tonsurant*, par Cazenave, qui la compare à toute autre partie du corps que du cuir chevelu. Après



Fig. 260. — *Trichophyton tonsurans*. — a, cheveu malade rompu en un point. b, filament moniliforme constitué par des spores superposées. c, spores libres.

teigne tonsurante, n'est pas généralement admise, et il en est un autre, d'origine scientifique contradictoire, qui met dans le plus grand embarras au point de vue pratique, même en faisant abstraction de la

La teigne tonsurante pourrait se soupçonner, au début, à moins intense qui coïncide avec des plaques rouges de forme circulaire ou érythémateuses et le changement de couleur

herbe et Letenneur de la contagiosité de ces deux herpès. On n'a pas encore admis l'existence de l'*herpès tonsurant*, fig. 260, dans l'*herpès tonsurant* (1853), le signale à l'herpès tonsurant de la *syphilis*, qui n'aurait pas le parasite particulier *Microsporon mentagraceum*. On considère l'*herpès tonsurant* (ou *syphilis*) périodes de la teigne tonsurante de B.

*lichénoides*, comme éruption initiale de la teigne tonsurante. On conclut alors que l'affection existe non-seulement au cuir chevelu et au niveau du tronc, mais encore à la face et dans d'autres parties du corps, où la présence de cercles herpétiques pourrait très-bien s'expliquer par la facilité de la contagion : à la face, au dos de la main (qui est portée souvent à la face à cause de démangeaisons qu'y produit la maladie), et surtout au dos de la main droite, Bazin explique par l'usage plus habituel de cette main. Non-seulement au début peut, pour lui, être érythémateuse, papuleuse, vésiculeuse, mais encore squameuse ou pustuleuse. Ces éruptions peuvent s'étendre d'une manière concentrique.

Les plaques de la teigne tonsurante présentent, dans une seconde période, une *furcation* qu'il ne faut pas confondre avec des squames épidermiques,

1, et qui est

de *blancheur ca-*

*stique*. Au ni-

veau de la base des poils

du cuir chevelu, on

voit en même temps

une *amianta-*

*gale*ment d'un

mat. Ces produc-

tions seraient autre

que le végétal

(le *trichophy-*

*ton*). Enfin une troi-

sième période serait ca-

usée par une inflammation secondaire profonde provoquée par ce parasite au lieu de des *pustules*, à des *indurations tuberculeuses* rendant la peau mamelonnée (sycosis, au menton), et parfois à quelques *furuncles*. Le traitement serait, en pareil cas, parasiticide, ce qui expliquerait la guérison qui s'ensuit.

La multiplicité des affections cutanées considérées avant Bazin comme des affections particulières (à tort ou à raison) et qu'il englobe sous la dénomination de teigne tonsurante, fait que le diagnostic, de l'aveu même de cet auteur, présente souvent de grandes difficultés. Cependant les plaques circulaires légèrement élevées, les poils brisés enveloppés de leur gaine blanche et entourés de squames et d'écailles grisâtres d'épiderme, sont bien des caractères pathognomoniques. Mais les érythèmes initiaux peuvent être confondus, au cuir chevelu, avec le *pityriasis*, l'*herpès simple*, l'*eczéma* circonscrit, le *psoriasis*, le *favus* scutiforme à son début ; et il est douteux que l'examen microscopique puisse facilement tirer d'embarras. A la face, au tronc, aux membres, ce n'est pas plus facile, selon Bazin, que de reconnaître la première période de la teigne tonsurante, et de distinguer ses anneaux de ceux du *favus*, qui sont bien plus petits, et des éruptions du *psoriasis* ou du *pityriasis*, puisqu'ils n'ont pas la forme circulaire.

Les difficultés sont telles, lorsque les tonsures sont dénaturées et rendues méconnaissables par les croûtes impétigineuses qui les recouvrent, que le diagnostic devient souvent impossible. « A la face, dit Bazin, on est peut-être disposé à rattacher, dans tous les cas, les papulo-pustules à la présence du *chytridium* ; cette région est souvent aussi le siège de l'*herpès d'artreux*, de l'*érythème* scrofuleux ou de cause artificielle ; c'est également le siège de prédi-



Fig. 261. — Poussières blanches de l'herpès tonsurant. — a, sporules isolées, b, sporules réunies, c, tubes vides, d, tube sporulaire (Bazin).



lection des *scrofulides* malignes, inflammatoires, crustacées; enfin *lides* pustuleuses et tuberculeuses n'y sont pas rares. Le diagnostic devient surtout très-difficile quand les éruptions constitutionnelles et les parasitaires se compliquent mutuellement. »

Je n'ai rien à ajouter à ce passage de l'ouvrage de Bazin qui, en signalant comme signes d'une forte présomption en faveur du parasitisme, sur une partie du visage ou du cou, de débris de cercles en parition; l'existence sur les joues de plaques indurées circulaires; le pellagreux ou lichénoïde sur le dos des mains ou des avant-bras.

On voit combien de doutes doivent s'élever dans l'esprit du praticien en présence d'une affection cutanée semblable à la teigne tonsurant surtout si l'on admet avec lui que la durée de la première période laquelle la constatation du parasite est si difficile, puisse se prolonger dix-huit mois et plus!

### III. Teigne pelade.

Ces expressions, employées au XVI<sup>e</sup> siècle pour désigner une alopecie, ont été reprises de nos jours par Bazin pour désigner une affection complexe caractérisée principalement par une alopecie spéciale, puis considérée comme produite par un cryptogame particulier, le *microsporon*.

Ch. Robin pense que ce végétal microscopique n'est autre que le *microsporon furfur* (fig. 262), ce qui démontre qu'il est difficile de distinguer les uns des autres les membres de ce genre (Voy. p. 774).



Fig. 262. — *Microsporon furfur*. — a, portion du champignon. b, spores. c, spores en voie de germination.

Au début, il y a du prurit; les cheveux ont un aspect terne et poudré; les cheveux paraissent rougeâtres, puis ils deviennent pas décolorés. Plus tard, le prurit disparaît, le cuir chevelu présente une hypertrophie marquée bien décrite par Devergie et comparée à l'œdème, mais elle ne laisse aucune empreinte à la pression du doigt. Il y a en même temps une espèce de poussière blanche ou blanchâtre, comme féculente, que l'on

considère comme le parasite caractéristique de l'affection, et les poils, de plus en plus altérés, tombent et se reproduisent alternativement pour ne laisser qu'une sorte de duvet qui lui-même finit par disparaître, ainsi que la surface d'aspect féculente. La perte des cheveux est alors devenue irrémédiable. Elle donne lieu à des plaques ovalaires dénuées de cheveux ou à des taches en nombre variable, et tantôt elle dépouille des surfaces sinueuses ou triangulaires.

Quel que soit son siège, la teigne pelade ainsi décrite par Bazin aurait les mêmes caractères; mais sa forme présenterait deux variétés : *achromique* et *décalvante*. — La première correspondrait à l'ancienne *teigne achromique* ou *porrigo decalvans* de Bateman, et au *vittiligo* du cuir chevelu et de la face de Cazenave. C'est seulement dans cette variété que l'on observerait les altérations des cheveux rappelées plus haut. — La forme dite *décalvante* (ancienne *teigne décalvante*) aurait une marche beaucoup plus rapide; la chute des poils aurait lieu avant toute altération appréciable de leurs caractères physiques, les surfaces dépouillées conservant la couleur normale du cuir.

Les affections qui peuvent être confondues avec la pelade sont, suivant

go, les autres espèces de *teignes*, l'*alopécie* des maladies graves et *ie sénile* (qui se font néanmoins indifféremment dans toutes les parties chevelu), et l'*alopécie* de l'*acné sébacée*, reconnaissable à la coïncidence d'un cuir huileux de la tête.

igne pelade, même lorsqu'elle est généralisée sur tout le corps, ne présente pas la même gravité que relativement au système pileux.

**TEMPÉRATURE.** — Voy. THERMOMÉTRIE.

**TÊNESME.** — Le *tênesme anal*, qui consiste en un sentiment douloureux de constriction ou d'épreinte, de tension de l'an us, et en des envies continuelles de se rendre à la selle, se rencontre comme signe important dans la *dysenterie*, dans l'*amoebion iliaque*, les *hémorrhoides*, avec les *oxyures*, les *ulcérations* du rectum et dans toutes les irritations de l'an us et du rectum. — Le *tênesme vésical* résulte également de toutes les irritations de la prostate et de la vessie, de celles qu'y détermine la présence du pus ou des calculs. Il est uni à la *colique néphrétique* et quelquefois dans la *colique saturnine*.

**TOURTELLAGE.** — Voy. ENTOZOAIRES.

**TORSEURS.** — Ces organes sont le siège de phénomènes ou de maladies qui se rattachent à des affections internes. Je les ai rappelés à propos de l'*orchite* de la *colique néphrétique* (rétraction douloureuse du testicule), de la *scrophule* (sarcocèle syphilitique), de la *tuberculisation* (*testicule tuberculeux*) et enfin des *empoisonnements par les septiques* (*atrophie testiculaire*). À l'arrêt des testicules dans leur migration (*cryptorchidie*) se rattache la stérilité à procréer, ainsi que l'a démontré Godard.

**TORSEUR.** — Voy. CONTRACTURES, p. 233.

**TÉTANOS.** — Le tétanos, rangé parmi les névroses, et parmi les fièvres éruptives essentielles par Coural, de Montpellier (*Montpellier méd.*, 1864), est causé, quelquefois au moins, de lésions microscopiques de la moelle, qui ont été signalées par L. Clarke (*Lancet*, 1864). Il a trouvé la substance grise congestionnée, les vaisseaux dilatés et entourés d'une exsudation muqueuse ayant détruit la substance nerveuse elle-même. Ces lésions sont-elles primaires ou secondaires? C'est ce que de nouvelles recherches pourront

**Éléments du diagnostic.** — Cette affection convulsive, connue dès la plus haute antiquité, est caractérisée par des contractions toniques, prolongées, douloureuses, d'un plus ou moins grand nombre de muscles du corps, généralement sans trouble intellectuel concomitant. Le tétanos débute ordinairement d'une manière brusque, par une *sensation de raideur* dans le cou, le niveau des *muscles des mâchoires*; souvent il y a *constriction épigastrique* et tension le long de la *colonne vertébrale*; la *déglutition* devient difficile, tantôt la contraction involontaire envahit le *tronc*, puis les *membres*. Ses symptômes présentent des différences assez notables suivant que le tétanos est général ou partiel.

Quand le tétanos est général, tous les mouvements des membres et la plupart de ceux du tronc sont suspendus : l'immobilité est complète, et la *raideur* du corps permettrait d'enlever le malade tout d'une pièce. Les *mâchoires* sont rapprochées, les dents et les lèvres serrées, et parfois la *langue*, projetée hors des arcades dentaires peut être déchirée ou coupée par les dents; rarement les muscles inspirateurs sont complètement convulsés et immobiles. Les muscles contractés le sont d'une manière *permanente* et plus ou moins douloureuse; mais par moments il survient des *contractions plus fortes*, des *crises convulsives* avec augmentation très-notable de la douleur. Les rémissions



le fait d'une affection concomitante. La sensibilité cutanée ment exaltée, qu'il suffit d'un simple contact pour déterminer subite de raideur générale.

Le tétanos dit partiel présente différentes formes : le *tétanos maxillaire*, résultant de la contraction et de la rigidité de la mâchoire inférieure; le *tétanos facial*, dans lequel on observe des convulsions toniques de la face et des yeux, effrayant de la physionomie; l'*opisthotonos*, produisant une flexion considérable du tronc en arrière; l'*emprosthotonos*, flexion du tronc en avant, et enfin le *pleurosthotonos*, la plus rare, et dans lequel la flexion est latérale.

Rarement la durée de la maladie, qui peut n'être que de dix à douze jours.

2° *Inductions diagnostiques.* — Reconnaître le tétanos : son début presque constant par le trismus, le tonus des convulsions, avec leurs exacerbations de la presque générale des muscles volontaires, et, lorsque l'affection coïncide constante du trismus, mettent hors de doute la maladie. Mais cette constatation faite, la question la plus importante est de déterminer l'origine du tétanos, ou du moins s'il est idiopathique.

Le tétanos symptomatique par excellence est le *tétanos traumatique* : sa fréquence doit toujours faire rechercher avec soin si une lésion, laquelle le malade attacherait peu d'importance n'a pas été négligée. — En l'absence d'une cause évidente, le tétanos peut dépendre d'une affection aiguë du cerveau ou de ses enveloppes. Mais ici les convulsions et l'ensemble de la maladie sont tellement de ceux du tétanos, qu'il est difficile de con-

, comme antécédents, devront donc être recherchés avec soin comme la plus importante de diagnostic.

Il y a donc des faits de cette espèce que l'on a dénommés *tétanos intermittent* (L. Corvisart) et *tétanie* (L. Corvisart).

**Pronostic.** — La terminaison par la mort est considérée comme moins grave dans le *tétanos essentiel* que dans le *tétanos traumatique*; cependant Virchow prétend le contraire. Sur 246 cas de *tétanos traumatique*, il n'a compté que 10 cas de guérison. Quoi qu'il en soit, quand la mort a lieu, elle est habituellement due à l'asphyxie résultant de la contracture des muscles respirateurs. L'embarras croissant de la respiration est donc un signe très-important. La plupart des malades qui échappent ont d'abondantes sueurs.

**DIAGNOSTIC.** — Je me suis occupé déjà aux articles CRÂNE et FACE des principaux signes que présentent isolément ces deux régions de la tête. Considérée dans son ensemble, la tête prend assez souvent des positions anormales qui dépendent de l'existence d'une *douleur rhumatismale*, d'une *contracture* ou bien de l'*atrophie* ou de la *paralysie* de certains muscles du cou. Les déviations de la tête dues au rhumatisme ou à des contractures locales constituent le TORTICOLIS.

Les différents signes que fournit la tête sont perçus par l'inspection, la palpation, l'électrisation localisée (muscles). L'auscultation du crâne chez l'enfant ne peut pas servir, ainsi que l'ont avancé Fisher et Whitney, au diagnostic des lésions encéphaliques; c'est ce qui ressort des recherches de Vernois, de Barthélemy, et de Roger, qui a fait (*Mém. de l'Acad. de médecine*, t. XXIV) des recherches très-nombreuses à ce sujet.

Un point de diagnostic très-important, lorsque l'on soupçonne que la tête est le siège de la maladie observée, c'est sa localisation anatomique dans les parois du crâne ou à la face, dans les méninges crâniennes ou dans l'encéphale. Dans le cas de douleur, symptôme commun à beaucoup de ces affections, il faut toujours rechercher s'il n'existe pas une simple NÉURALGIE, soit faciale, soit fronto-frontale. Les foyers douloureux de la région occipitale seront surtout remarquables (*Voy. p. 672*). On n'oubliera pas non plus que des affections intracrâniennes se manifestent quelquefois par des signes extérieurs constatés au niveau des paupières, ou de la région mastoïdienne (*Voy. ABCÈS, p. 3*).

**THERMOMÉTRIE.** — L'importance qu'a prise, dans les dernières années, l'étude exacte de la chaleur du corps humain dans les maladies, oblige le médecin à se tenir au courant des connaissances acquises sur ce point. Quoiqu'on nous pensions qu'on ait exagéré outre mesure l'importance de la thermométrie appliquée à la pratique journalière, comme on le fait pour toute chose nouvelle, nous devons reconnaître qu'elle offre une utilité incontestable dans un grand nombre de circonstances, et qu'elle a fourni des résultats scientifiques nombreux qui ont élucidé beaucoup de questions, jusqu'ici obscures, de physiologie pathologique.

Il est attribué à de Haen d'avoir préconisé la valeur des mesures thermométriques dans les maladies. Mais ce n'est que dans la première moitié du siècle qu'on en a étudié l'application en France, où cette étude a été inaugurée par Astruc, de Genève (1820), Donné (1835), Gavarret (1839), qui constata l'augmentation de la température au moment du frisson des fièvres intermittentes, et de la lièvre (1844), par H. Roger (1844), Demarquay (1847), Wurtz. Les recherches ont été reprises en 1851 en Allemagne par Traube, de Bærensprung, Thierfelder; c'est après l'importante communication de Cl. Bernard à l'Académie des sciences, en 1852, à propos de l'influence de la section du grand sympha-

détail intéressants sur la température pathologique, dans divers ouvrages ; c'est aussi en puisant à ces différentes sources que l'ensemble de la *thermométrie clinique*. Mais avant de nous occuper pour les autres moyens physiques, de son *but*, des *moyens* et des *signes* qu'elle fournit, je dois sommairement rappeler les quelques les plus essentiels qui sont relatifs à la production de la

Il est établi aujourd'hui que la température du corps humain est maintenue par des variations lentes consécutives à l'absorption de l'oxygène de l'air. La température perçue représente la partie libre du calorique. Les *poumons* servent plutôt à faire pénétrer l'oxygène dans le sang, à produire directement la chaleur. L'*appareil circulatoire* sert à répartir la température dans les diverses parties du corps, et le *système nerveux* vivant est le régulateur de la chaleur animale, par son action sur l'*appareil circulatoire*. Comme le rappelle G. Sée (*loc. cit.*), quand la température atmosphérique est au-dessous de zéro, sous l'influence du froid, le régulateur, il se produit, par l'impression du froid, une excitation des centres nerveux périphériques, et par suite une contraction des vaisseaux. Le sang arrivant en quantité moindre à la périphérie au contact de l'air, il se fait moins de déperdition de chaleur qu'à l'état normal, et la thermométrie de l'individu reste à 37° 5. A une température très-élevée, le corps conserve encore le même degré de chaleur. Il se fait alors une évacuation de chaleur par la sueur, qui entraîne le calorique au dehors. Les vaisseaux sanguins se dilatent ; plus de sang arrive à la périphérie, il y a donc une perte plus grande de chaleur par le contact du sang avec l'air. Tel est l'admirable mécanisme fonctionnel qui permet à l'homme de résister aux climats les plus divers, et dont il faut tenir compte pour l'interprétation des phénomènes qui se rattachent à la chaleur morbide.

1° *But*. — La thermométrie clinique a pour objet de faire connaître, aussi exactement que possible, les changements qui surviennent dans la température du corps humain dans le cours des maladies, et de fournir

et irréfléchi suscité par les importantes découvertes de physiologie pathologique dues à l'étude de la température, a fait trop bon marché de l'utilité du contact et de l'application de la main sur la peau (dans les parties couvertes) et des moyens de juger l'état fébrile.

Si qu'on pense de cette manière de voir, on ne doit pas à son tour déconseiller l'emploi du moyen le plus exact de constater la température : le thermomètre. Il est, pour l'appréciation de la chaleur normale ou morbide, ce qu'est l'oreille à secondes pour déterminer la fréquence du pouls. Je ne fais que recommander le thermographe de Marey, comme un autre moyen de constatation simplifié pour être usuel.

Je ne décrirai pas les thermomètres qui ont été imaginés comme les plus adaptables pour la thermométrie clinique. On en a construit de plusieurs espèces, à l'esprit-de-vin ou au mercure, tous ayant chaque degré divisé en dix centésimes, et pouvant être gradués seulement de 30 à 50°. Les plus commodes sont les thermomètres à maxima. Pour obtenir des résultats plus exacts, la température de la peau étant variable, on les a introduits dans les conduits naturels du rectum ou le vagin, pour certaines recherches; mais on ne saurait agir ainsi dans la pratique, sans discréditer à tout jamais ce moyen d'exploration. Dans l'aisselle qu'on l'applique habituellement, en ayant soin d'essuyer avant l'humidité sudorale qui s'y trouve. Le thermomètre étant placé dans l'aisselle axillaire, on le fait maintenir par le rapprochement du bras de la poitrine de façon que l'extrémité libre de l'instrument permette la constatation de la température tandis qu'il est en place. Il est indispensable de l'y laisser pendant 10, 15 ou 20 minutes pour obtenir des résultats réguliers.

On se borne à cette simple indication, en rappelant que les changements observés se font, soit d'un jour à l'autre dans le cours de la maladie, soit dans les quatre heures du matin au soir, et du soir au matin. Les explorations du matin, de 8 à 10 heures, et du soir, de 4 à 6 heures, sont les plus usitées, et les plus reconnues utiles à la pratique, sauf dans des cas exceptionnels. Cela résulte de l'innombrable explorations faites par des observateurs allemands, et multipliées chaque jour sur les mêmes malades.

Celui qui n'a pas peu contribué à vulgariser les résultats obtenus par ce moyen d'exploration, ce sont non-seulement les chiffres précis qu'il fournit, mais encore les tracés graphiques qu'on a eu l'ingénieuse idée d'employer pour enregistrer ces résultats. Ces tracés montrent clairement toutes les phases de la température pendant l'évolution de la maladie.

Pour agir avec précision, il faut nécessairement tenir compte de l'influence des conditions accessoires qui peuvent modifier sensiblement la température. Chez les enfants, la température fébrile ne dépasse pas de beaucoup celle des adultes et des vieillards (Charcot), mais les oscillations sont plus rapides. Il en est de même chez la femme par rapport à l'homme. La digestion contribue à l'élévation de la température; aussi est-il nécessaire d'agir autant que possible en dehors du temps où elle s'effectue. L'alcool ingéré au contraire l'abaisse immédiatement (Ringer et Rikard); il en est de même des violentes douleurs que l'on peut prouver le sujet, et du traumatisme qu'il peut présenter, soit accidentel, soit par le fait d'une opération. Certains médicaments élèvent légèrement la température, mais pendant un temps fort court. Tels sont l'éther, l'aconitine, l'esprit de camphre, la teinture de belladone, l'acide prussique, le chloroforme. On pourrait croire que l'exercice musculaire doit augmenter beaucoup la chaleur perçue à l'aide du thermomètre; mais il paraît que la différence entre l'état de repos est peu prononcée. Cela s'explique par ce fait im-

démontré par J. Béclard (*De la Contr la températ. anim.*, 1861), à savoir, ction de la chaleur animale, il faut te statique ou d'équilibre, qui dévelop produisant un travail mécanique utile.

3° *Signes.* — Ici se place la questio morbide. On admet généralement, d'apr température de l'aisselle, qui est un peu i est, chez l'homme sain, de 37° 5 centig 39, 40, 41 et même 42°, comme Andra l'a même vue à 42° 5 chez les enfants. 35° et au-dessous, et même à 22 chez (H. Roger). Je vais résumer les faits les cette élévation ou de cet abaissement conclusions de plusieurs observateurs gnifiantes une valeur imaginaire.

A. — *L'élévation de la température* tiel et constant de l'état fébrile, et ment dites. G. Sée, avec Wunderlich, maladies fébriles. — 1° Le premier termittentes, qui débutent par un f gmentation si rapide de la chaleur qu' 37°,5 à 41 degrés; puis survient une ré

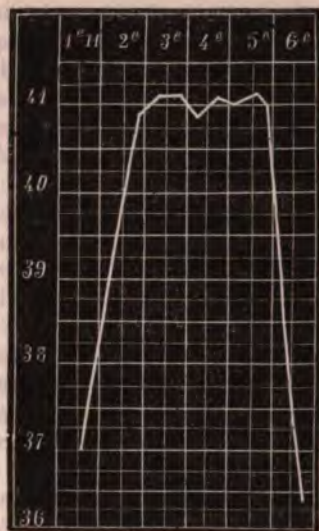


Fig. 263. — Fièvre intermittente. Courbe de la température prise pendant un accès dont la durée est de cinq heures.

est la *fièvre typhoïde*, et on en a ra et le *rhumatisme articulaire aigu*.

A propos de la plupart de ces mala thermométriques qui les concernent; rcellerons seulement que l'emploi



dans plusieurs circonstances utiles à rappeler. — Dans les cas intermittente pernicieuse obscure, surtout lorsqu'on assiste à l'ins ou même à sa fin, l'ascension ou la décroissance si rapide de fièvres intermittentes fera cesser toute hésitation dans le diagnostic, est extrêmement important en pareils cas. — Au début des fièvres, il est souvent difficile de reconnaître la maladie pendant plusieurs jours, est constante; il en résulte un tracé avec l'on a dite *en escalier*, c, dans un cas douteux de fièvre, on trouve le deuxième ou troisième jour à 37°, 5, ou si la température est plus élevée, à 38 ou 38°, 5, la température ne varie pas, on peut affirmer qu'il y a pas de fièvre typhoïde. On ne remarque aussi qu'on ne remarque pas de fièvre typhoïde si l'on ne remarque pas le premier jour, et si on ne trouve pas 40° environ le troisième

diagnostics présentent l'écart. Il n'en est plus de même pour les fièvres qui concernent le développement des éruptions; elles sont moins caractéristiques; la fièvre initiale de la rougeole, le tracé thermométrique à rechercher qu'en l'absence des symptômes caractéristiques,

dans les premiers jours à la fièvre typhoïde. Quant aux autres fièvres, l'éruption se montre assez rapidement pour tirer le praticien en conclusion qu'il soit nécessaire d'avoir recours au thermomètre.

Les observateurs, comme Compton (*Temperat. in acute diseases*, 1866), ont assigné des maxima fixes de température aux diverses maladies et ont recherché la température dans des affections où elle ne se trouve en rien au diagnostic; comme dans les différentes formes de la folie (Meyer de Berlin, Berthier), le tétanos, et les autres maladies nerveuses. Cependant on peut distinguer les maladies cérébrales avec les fièvres de celles qui sont apyrétiques. Lorsqu'il y a des accidents comateux, est animée, etc., il peut y avoir doute, par exemple sur l'existence de lésions cérébro-spinales aiguës ou d'accidents d'intoxication saturnine. Jaccoud dans un cas, où la température de 37°, 5 suffit pour éloigner le diagnostic de méningite cérébro-spinale (*Clin. méd.*, 1867).

La thermométrie, qui est assez souvent, comme on le voit, une ressource précieuse pour trancher des questions douteuses de diagnostic, permet aussi de se faire une idée de la vue du pronostic. Dans l'état puerpéral, il faut craindre la fièvre si l'on constate 38 ou 39°, au lieu de la température habituelle (Schroder). On n'a jamais trouvé, chez l'homme, suivant Wunderlich, la température supérieure à 42°, 5; aussi pense-t-il qu'une chaleur supérieure à 41°, surtout le matin; Liebermeister est du même avis. Hirtz a constaté 44° dans un cas de fièvre tierce et bénigne. U

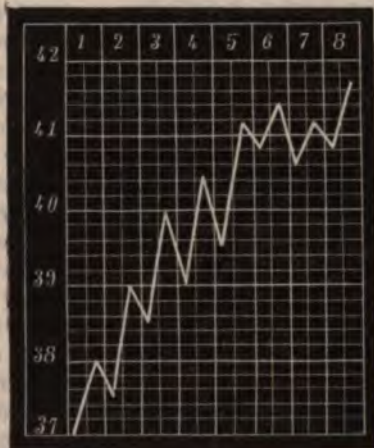


Fig. 204. — Première période de quatre jours de la fièvre typhoïde (G. Sée).





égalité des deux côtés de la face sur laquelle Bouvier a particulièrement attiré l'attention (*Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil respiratoire*, 1858, p. 85).

**TOUCHER.** — Le toucher, l'une des applications directes de la palpation, est employé pour l'exploration des parties profondes accessibles au doigt, telles que la bouche, le *pharynx*, l'*épiglotte* et l'orifice de la *glotte*, le *vagin* et le *rectum*. Plus rarement le petit doigt est introduit dans les cavités par une des narines.

Le doigt introduit par la bouche n'arrive pas toujours facilement jusqu'à l'*épiglotte*; cependant cette exploration n'est pas aussi difficile qu'on le pense parfois. — Le *toucher vaginal* est le plus fréquemment utile comme moyen de diagnostic. Il faut avoir soin, pour le pratiquer, d'enduire préalablement de cérat ou d'huile le doigt indicateur, que l'on présente ensuite, par son bord radial, à la partie postérieure de la vulve pour le porter ensuite immédiatement vers la partie postérieure de la fente vulvaire. Il faut avoir soin d'éviter autant que possible le contact de l'an us ou du clitoris, et de tenir étendus le pouce et les autres doigts libres de la main qui explore, en arc-boutant le pouce sur les côtés du clitoris. — Quant au *toucher rectal*, il est quelquefois indispensable chez l'homme. Chez la femme, il n'est qu'un moyen d'exploration complémentaire du toucher vaginal, pour constater le volume du corps de l'utérus. Cependant il est seul utile s'il y a un obstacle organique à l'introduction du doigt par le vagin.

**TOUR DE REINS.** — Cette affection est de nature encore inconnue, bien qu'elle ait été attribuée à une rupture de fibres musculaires ou tendineuses, rupture qui n'a pas été démontrée.

Le tour de reins, appelé aussi *lombago aigu*, est facile à diagnostiquer à la douleur subite et très-vive qui survient au niveau des lombes au moment d'un effort plus ou moins violent, qui nécessite la contraction des muscles de la partie postérieure du tronc. Cette douleur, réveillée ensuite par les mouvements, oblige le patient à rester couché sur le dos; elle est beaucoup moins forte à la pression. Elle est sans gravité; sa durée n'est que de peu de jours.

Le tour de reins est d'autant plus mal dénommé que l'on voit survenir des douleurs analogues dans d'autres muscles, à l'épaule, au niveau des membres, et également pendant des contractions plus ou moins violentes.

**TOUX.** — Ce symptôme fonctionnel, en raison de sa très-grande fréquence et des conditions très-diverses dans lesquelles il se montre, a des caractères variés. La toux offre une sonorité ou une intensité variables; elle survient par secousses isolées ou par quintes plus ou moins violentes; elle est rare ou souvent répétée, sèche ou suivie d'expectoration; et ces caractères servent assez souvent à déterminer sa condition pathologique, question capitale du diagnostic.

Le point de départ de la toux doit être cherché dans une des nombreuses affections des voies respiratoires, dans des maladies d'autres organes plus ou moins éloignés, et enfin dans une affection générale aiguë ou chronique. Il ne me paraît pas nécessaire d'énumérer toutes ces conditions pathologiques de la toux, attendu que, dans le plus grand nombre des cas, elle coïncide avec d'autres symptômes qui en établissent la valeur, comme cela arrive dans la plupart des affections des organes respiratoires. Cependant parmi ces affections, il en est dans lesquelles la toux a des caractères spéciaux. Elle est sèche, déchirée, éteinte, dans l'*œdème de la glotte*; rauque et éclatante dans le *pseudo-croup*; éteinte ou nulle dans le vrai *croup* (Trousseau, *Clinique médicale*, t. I); elle survient par accès spasmodiques caractéristiques dans la *coqueluche*.



Mais les doutes sur la signification de la toux se présentent surtout lorsqu'elle existe en l'absence de signes physiques du côté de la poitrine, et comme un phénomène morbide isolé en apparence.

C'est principalement la toux sèche qui, en pareil cas, peut paraître difficilement explicable. On la rencontre au début de certaines phthisies pulmonaires, d'autant plus insidieuse qu'elle est alors insignifiante, et qu'il est nécessaire qu'il s'y joigne d'autres signes, comme une hémoptysie, de l'amaigrissement, une diarrhée chronique, ou des signes physiques sous-claviculaires, pour acquérir toute sa valeur. En l'absence de ces signes, une toux sèche peut dépendre d'une simple *anémie*, de la présence d'*entozoaires* dans l'intestin, ou d'une simple *névrose*, de la *chorée*, de l'*hystérie*, par exemple. On peut prendre pour une toux d'origine nerveuse une toux sèche, extrêmement pénible par sa continuité, et due à une tout autre cause. C'est ainsi que j'ai eu à traiter une demoiselle, habituellement très-bien portante, qui avait été prise d'une toux sèche incessante, la nuit comme le jour, avec intégrité parfaite du bruit respiratoire dans les deux poumons, absence de fièvre, et chez laquelle il existait, au bord de la glotte, une petite pustule visible avec le laryngoscope, qui disparut complètement en quelques jours, à la suite de gargarismes émollients. Le laryngoscope rendra des services semblables toutes les fois que la toux sera provoquée par une lésion laryngienne accessible à ce moyen d'exploration.

La toux hystérique, très-bien décrite par Lasèque (*Actes de la Soc. de méd.*, 3<sup>e</sup> fasc., 1855), n'a pas été observée chez des femmes âgées de plus de vingt-cinq ans. Elle est tantôt fréquemment répétée et presque continue, tantôt régulière dans son retour par accès. Elle affecte un certain rythme monotone, et rarement elle prend un timbre particulier dès le début, ressemblant à un cri d'oiseau, stridente, rude, rauque, bizarre.

La toux, au moment de l'auscultation de la poitrine, rend plus nets et même révèle l'existence des râles humides. Quelquefois elle a des conséquences graves. Une toux violente et longtemps répétée chez une femme grosse peut amener l'*avortement*, sans que cependant le résultat soit constant en pareil cas. On a vu aussi, mais exceptionnellement, des *fractures de côtes* se produire pendant la toux, et un *emphysème sous-cutané généralisé* résulter de la rupture d'une caverne pulmonaire (Cruveilhier, *Gaz. hebdom.*, 1856).

**TRACHÉE, TRACHÉITE.** — La trachée-artère, qui fait suite au larynx, subit des déplacements par la pression des tumeurs avoisinantes; mais ces déplacements ne sont nuisibles qu'autant qu'il s'y joint un degré de compression suffisant pour diminuer le calibre du conduit aérien et, par suite, amener des troubles respiratoires.

L'inflammation simple de la muqueuse de la trachée (*trachéite*) et la DIPHTHÉRIE localisée dans cet organe, sont les seules des affections de ce conduit dont le siège puisse être déterminé. — La *trachéite* se reconnaît principalement à une *douleur* au niveau de la partie supérieure du sternum, à une *toux* s'accompagnant d'une *sensation de déchirement* dans le même point, et à l'absence de signes anomaux du côté du larynx ou des bronches. — La *diphthérie* localisée dans la trachée est seulement caractérisée par l'expectoration de lambeaux ou de cylindres pseudo-membraneux manifestement moulés sur les parois de la trachée. — Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de préciser le siège de l'*hémorrhagie* qui se fait dans la trachée et encore moins celui des *ulcérations* et des *rétrécissements* qui en sont la suite. Néanmoins on conçoit qu'en l'absence de signes du côté du larynx et dans le cas de compression de la trachée par une tumeur, la faiblesse du bruit respira-



oires des deux côtés de la poitrine puisse faire soupçonner que ce conduit est le siège de la compression, qui pourrait cependant aussi s'exercer sur les deux bronches principales.

L'*auscultation*, à l'aide du stéthoscope, appliqué immédiatement au-dessus du sternum, est le seul procédé d'exploration de la trachée; et encore les signes qu'on y perçoit sont-ils confondus avec ceux qu'on obtient au niveau du larynx par le même moyen.

**TRACHÉOTOMIE.** — Cette opération confirme ou infirme l'existence du croup ou d'un obstacle laryngien d'une autre nature, qui aurait fait admettre la nécessité de l'opération. G. Sée a signalé à la Société des hôpitaux des éruptions qu'il attribue à l'influence de cette opération, et qui apparaissent quelquefois dans le voisinage de la plaie; d'autres observateurs les ont considérées comme dues à une cause générale.

**TRANSFORMATION GRAISSEUSE.** — C'est à tort, selon nous, que l'on désigne souvent la transformation grasseuse par le mot *stéatose*, qui nous semble avoir un sens beaucoup plus général (*Voy. STÉATOSE*). Cette transformation, appelée aussi *dégénérescence* ou *métamorphose grasseuse* des tissus, a depuis longtemps attiré l'attention des pathologistes. Cette substitution graduelle des globules adipeux aux éléments propres des organes constituait pour Barlow (*On fatty Degeneration*) une des formes de l'atrophie, la graisse occupant la dernière place parmi les principes élémentaires des tissus organiques, et se substituant à des tissus d'un degré plus élevé quand ceux-ci, par une cause quelconque, ne peuvent plus se former. Virchow a approfondi cette intéressante question dans un travail remarquable (*Pathologie cellulaire*), où l'évolution et la pathogénie de la dégénérescence grasseuse ont été étudiées à des points de vue entièrement nouveaux, en montrant que partout où la nutrition est altérée, il s'effectue une dégénérescence grasseuse, qu'il qualifie du mot singulier de *nécrobiose*, inventé par H. Schultz.

Pour envisager la question au point de vue pratique, je m'occuperai tout à l'heure des organes où la transformation grasseuse constitue un état pathologique qui se manifeste par des symptômes capables de la révéler pendant la vie. Le foie, les reins, les muscles, en y comprenant le cœur, sont les principaux de ces organes; mais il faut y joindre les vaisseaux, les os, et les produits morbides (*Voy. Blachez, Thèse d'agrég. sur la stéatose, 1866*). Dans ces différents organes, la lésion est la même partout; seulement dans certains organes, le foie par exemple, il est impossible souvent de distinguer la dégénérescence grasseuse de la simple surcharge grasseuse interstitielle, à moins qu'on ne connaisse la cause de la transformation. Les causes méritent une mention.

D'une manière générale, on peut dire que toutes les influences actives ou passives qui altèrent la nutrition, soit localement, soit d'une manière générale, produisent la transformation grasseuse. — Parmi ces influences qui agissent d'une manière générale, outre les maladies cachectiques, le cancer, la tuberculose, les anémies, les longues suppurations, il faut placer en première ligne le *phosphore*, dont l'action est si rapide que Tardieu a vu la dégénérescence effectuée dans le cœur, le foie, les reins, les muscles et les glandes de l'estomac, dans des empoisonnements qui n'avaient duré que quarante-huit heures (Tardieu, *Étude médico-légale sur l'empoisonnement*, Paris, 1867, p. 439). Ces effets du phosphore ont été l'objet, depuis 1862, de nombreux travaux auxquels se rattachent les noms de Lancereaux, d'Heilly, Fritz, Ranvier et Verliac, Tungal de Hambourg, Mannkopf, Tardieu, etc. — L'*arsenic*, l'*antimoine*, les *acides* (empoisonnement par l'acide sulfurique), et surtout l'*alcool* sont encore des causes dont l'influence est incontestable. — On considère comme



agissant de même le *chloroforme* et l'éther. — Enfin on a encore admis comme des causes générales de transformation graisseuse : les fièvres *typhoïde*, *puerpérale*, éruptives, la *pyémie*, et même la *trichinose* (Cohnheim).

Si, après cette rapide énumération des causes, nous passons à la question du diagnostic clinique des transformations graisseuses subies par les différents organes, nous trouvons des faits acquis très-importants à connaître.

1° *Foie*. — Cet organe dont les cellules ont subi la transformation graisseuse peut se présenter à l'observateur pendant la vie dans deux conditions différentes. Ou bien il est augmenté de volume et dépasse plus ou moins le rebord des côtes, au point quelquefois que son bord inférieur atteint le bas-ventre; ou bien il est au contraire diminué de volume, ou atrophie. — Dans les cas d'augmentation de son volume, il conserve sa forme naturelle qui n'est qu'amplifiée; il n'offre aucune inégalité à sa surface à la palpation, et ne s'accompagne d'aucun accident fonctionnel autre que ceux qui peuvent résulter de cette augmentation de volume : c'est le *foie gras* que l'on rencontre si fréquemment dans la tuberculose et dans d'autres maladies cachectiques. — A la diminution de volume du foie ayant subi la métamorphose graisseuse, se rattache la question de l'ICTÈRE GRAVE. L'ictère se produit fréquemment dans les cas d'atrophie graisseuse du foie, dans l'alcoolisme par exemple, même en dehors des accidents si menaçants de l'ictère grave. Il paraît être constant dans les empoisonnements graves produits par le phosphore, et l'ensemble des symptômes alors observés a parfois une telle ressemblance avec l'ictère grave, ressemblance signalée par Hérard, qu'on a été jusqu'à considérer les ictères dits graves comme des intoxications phosphorées méconnues (Rokitansky 1863), opinion rétablie par Wunderlich (1863). Sans entrer dans de plus grands détails, nous ferons remarquer que le foie est l'organe le plus fréquemment atteint sous l'influence des causes générales que nous avons énumérées. Quant à l'étendue de la lésion du foie, elle peut envahir l'organe tout entier, ce qui n'arrive pour aucun autre, ou bien la transformation graisseuse n'a lieu que par places.

2° *Reins*. — La transformation graisseuse des reins, qui n'est jamais complète dans tout l'organe, comme on le voit pour le foie, est une conséquence des progrès de la *maladie de Bright*. Suivant Cornil, toute espèce d'ictère pourrait déterminer la dégénérescence du rein, mais sans s'accompagner d'albuminurie. Il en est de même des dégénérescences dues à d'autres causes. On sait que Vulpian a signalé cette lésion dans les capsules surrénales dans la maladie d'Addison.

3° *Muscles, cœur*. — De même que pour le foie et pour le rein, la métamorphose graisseuse des muscles est une des principales lésions d'une maladie particulière, de l'*atrophie musculaire progressive* (Voy. ces mots). Au point de vue anatomique, en effet, cette dégénérescence constitue un lien commun entre certains ictères graves, la maladie de Bright et l'atrophie musculaire. Mais il a été question de ces maladies dans des articles particuliers, et je n'ai à m'arrêter ici qu'à la transformation graisseuse du cœur, affection grave qui a, depuis un assez long temps déjà, attiré l'attention des observateurs.

Il faut d'abord distinguer la surcharge graisseuse du cœur de sa dégénérescence proprement dite, quoique l'on ait attribué les mêmes signes à ces deux états du cœur. Les figures 265 et 266 (Virchow) en montrent les différences anatomiques. La surcharge graisseuse, en dehors de l'obésité générale, s'observerait plus particulièrement chez les buveurs, suivant Lancereaux. La véritable transformation est la conséquence fréquente de la *péricardite*, des *affections de*



ar (hypertrophie, lésions valvulaires, diminution du calibre des artères coronaires), et de l'action des causes générales que j'ai rappelées précédemment.

Swinnerton a indiqué, comme signe de l'extérieur de la dégénérescence graisseuse du cœur, l'infiltration graisseuse de la périphérie de la corne transparente qui constitue l'ARC SÉNILE.

En lui, ce signe peut faire redouter des imminents dangers graves du cœur par suite de la concomitance de la dégénérescence graisseuse.

Les craintes sont au

exagérées, car, si l'arc sénile dénote une prédisposition à la stéatose, il a été démontré, par les recherches de Haskins, que la coïncidence des deux lésions aortique et cardiaque est loin d'être constante. Samuel Wilks ne l'a pas trouvée chez les sujets jeunes; il ne l'a rencontrée que chez les vieillards, ce qui donne beaucoup la valeur sémiologique de la coïncidence en question.

Cette transformation du cœur, suivant Quain (*Lond. med.-chir. Trans.*, 1850), est souvent inaperçue pendant la vie, parce que l'on ne s'attache pas à en rechercher les manifestations. Il insiste sur la *douleur* à la région du cœur, l'*irrégularité*, la *faiblesse* et la *lenteur* de ses battements et de ceux du poulx, la *dyspnée*, les *syncopes*, la *faiblesse générale*, le *coma*; et ces signes fourniraient aussi pour lui une grande valeur à l'existence simultanée de l'arc sénile. La *mort subite* serait une conséquence assez fréquente de l'état graisseux du cœur, comme l'avait déjà signalé Aran. Or, les faits de Quain montrent que la mort subite a eu lieu 68 fois sur 83 cas d'altération graisseuse du cœur (infiltration ou transformation), et que le plus souvent cette terminaison funeste a lieu par *syncope* ou par la *rupture* du cœur. Suivant Virchow, la dégénérescence graisseuse du cœur pourrait être aiguë et constituer une complication extrêmement grave de la *péricardite*. La transformation serait alors due à la propagation de l'inflammation aux fibres musculaires. Dans les deux cas observés par lui, la marche de cette complication a été très-rapide; une fois la mort a été subite, et dans l'autre, elle a été précédée de faiblesse du poulx avec des intermittences (*Arch. f. patholog. Anat.*, 1858). C'est heureusement pour le diagnostic de la dégénérescence graisseuse du cœur, de reconnaître que la plupart des signes physiques étaient très-incertains. Il faut par l'auscultation du cœur, faire la part des lésions valvulaires lorsqu'elles existent; or, l'on n'est seulement pas d'accord sur la question de leur fréquence et de leur rareté dans la dégénérescence graisseuse du cœur.

Wilks, dans son excellent *Traité des maladies du cœur*, tout en reconnaissant que la transformation graisseuse de cet organe peut exister sans aucune lésion de valvules, pense que souvent ces lésions existent; et il donne comme signes de l'état graisseux la faiblesse de l'impulsion cardiaque, le poulx

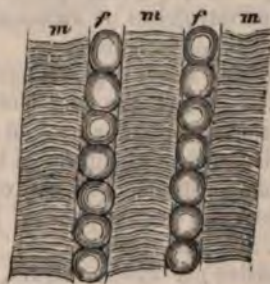


Fig. 265.

Fig. 265. — Prolifération graisseuse interstitielle (engraissement) des muscles; f, f, série de cellules graisseuses interstitielles; m, m, m fascicules primitifs des muscles. — Grossissement : 300 diamètres.



Fig. 266.

Fig. 266. — Métamorphose graisseuse des muscles du cœur dans ses divers stades. — Grossissement : 300 diamètres (Virchow, Pathologie cellulaire).

peut s'étendre au bras gauche, en simulant l'angine de poitrine. S'agirait-il ici des faits dans lesquels la dégénérescence graisseuse due au rétrécissement des artères coronaires, lésion que d'après Lancereaux, de nos jours (*Voy.* p. 78), ont considérée comme l'origine de poitrine? Je ne puis que poser la question, sans en donner la réponse dans les travaux publiés. Quoi qu'il en soit, il est généralement admis que deux maladies peuvent se terminer par la mort subite, et que la dégénérescence graisseuse avancée du cœur, cette mort peut être due à la déchirure de l'organe. Un médecin anglais, Callender, pense que la mort est subite ou rapide, elle n'est pas toujours due à l'arrêt du cœur, mais aussi à la gêne respiratoire produite par l'inaction du diaphragme. Cette dernière dépendrait de la dégénérescence graisseuse du diaphragme. Cette dégénérescence graisseuse accompagnerait toujours, selon lui, la dégénérescence du cœur.

4° *Vaisseaux*. — On a longtemps confondu la dégénérescence graisseuse avec les athéromes des vaisseaux, et c'est à Virchow que l'on a distingué ces deux choses.

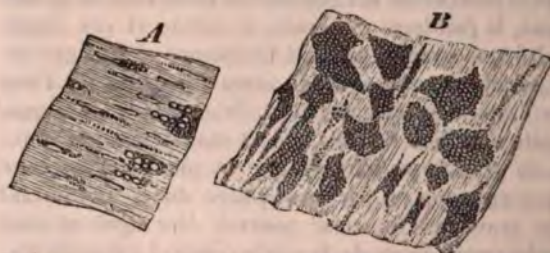


Fig. 267. — Dégénérescence graisseuse des artères cérébrales. — A, Métamorphose graisseuse des cellules musculaires de la membrane moyenne. — B, Formation de cellules à granules graisseux dans les corpuscules conjonctifs de la membrane interne. — Grossissement : 300 diamètres. (Virchow, *Pathologie cellulaire*).

Les figures microscopiques données par Virchow à cette légende illustrent un fait important : les petites cellules peuvent devenir graisseuses. Cette dégénérescence combinée avec la dégénérescence du cœur.

ons en finissant que tous les produits morbides, comme tous les tissus eux, peuvent subir la métamorphose graisseuse. Selon Virchow, elle serait un moyen de guérison, par exemple pour le pus, cette métamorphose permettant de se résorber; et de même pour les caillots intra-vasculaires, fondent par l'entremise de cette métamorphose; elle les ramollit et les rége. Ils subissent, comme le pus, ce que Virchow appelle la *régression graisseuse*.

**TRANSPOSITION (DES ORGANES).** — La transposition des organes est une condition anatomique, heureusement très-rare, qui est une cause d'erreurs diagnostic anatomique, principalement pour les maladies de certains organes (cœur, foie, rate, estomac). La déviation du cœur à droite par une anévrisme ou un épanchement pleurétique gauche est trop bien connue pour être confondue avec une transposition des organes. Cependant il peut arriver que la déviation persiste après la résorption de l'épanchement, ainsi que j'en ai vu un exemple. Legroux a rapporté un fait de tumeur cancéreuse du pylore occupant la gauche de l'épigastre dans un cas de transposition (*Soc. des hôpitaux*).

**TREMblement.** — Les contractions musculaires par saccades qui constituent les tremblements sont symptomatiques ou idiopathiques. Il ne suffit, relativement aux tremblements symptomatiques, de rappeler les conditions dans lesquelles ils se produisent. Ce sont : l'*intoxication alcoolique* (ALCOOLISME), l'*intoxication mercurielle* (Voy. p. 577), les empoisonnements *neurosthéniques*, les *névralgies* intenses et notamment la *névralgie faciale*, la *chorée*, le *béribéri* de l'Inde, parfois des *entozoaires* des voies nerveuses, et enfin la *paralysie générale des aliénés*, qui s'annonce d'abord par des tremblements (Lasègue).

Le *tremblement idiopathique* est remarquable par la régularité des saccades qui affectent les muscles, principalement ceux de la tête et des membres supérieurs. C'est une affection habituellement héréditaire, due quelquefois à des émotions morales vives ou prolongées, ou à des causes d'épuisement. Le tremblement peut aussi résulter des progrès de l'âge (*tremblement sénile*). Enfin le tremblement peut être le principal symptôme de la *paralysie agitante*, dont il est question à la page 733.

**TRICHINES, TRICHINOSE.** — La trichine (*trichina spiralis*) était connue depuis Owen (1835), comme un entozoaire nématode trouvé dans les muscles, et on ne lui attribuait aucun symptôme particulier, lorsque, en 1860, Rebecq (de Dresde) signala des accidents graves, rhumatismaux et typhoïdes, qu'il attribua à la présence des trichines, chez une femme morte à l'hôpital, et pour la première fois, remonter à la cause de leur présence chez elle, c'est-à-dire à l'ingestion de jambons et saucisses faits avec un porc contenant des trichines. Plusieurs personnes qui avaient mangé de la même viande furent atteintes d'accidents analogues, mais sans y succomber. Comment se fait la pénétration des trichines dans les muscles? C'est une question que Virchow résolut bientôt après par ses expériences sur des lapins. La trichine, introduite dans l'intestin, s'y développe; les œufs des femelles fécondés produisent de jeunes entozoaires vivants qui, sous forme de petits vers invisibles à l'œil nu, émigrent à travers l'intestin, et pénètrent jusque dans la profondeur de tous les muscles rouges, où ils existent en nombre incalculable, ainsi que dans les séreuses; jamais on ne les a trouvés ni dans le tissu du cœur, ni dans les vaisseaux circulatoires. Virchow insista sur la gravité des accidents produits par les trichines ingérées avec la viande de porc qui en contient (*Acad. des sc.*, 1861).



envahis, qui peuvent avoir leur volume normal, ou acquérir une augmentation de volume et d'élasticité plus ou moins considérable. Un œdème qui se montre d'abord à la face et aux paupières, des mouvements très-douloureux et très-rapides, arrachant parfois des cris et des gémissements; la raucité de la voix, l'altération de la mastication ou de la déglutition, la dyspnée, par suite de l'atrophie des muscles qui président à ces actes fonctionnels : tels sont les principaux phénomènes observés. Ils peuvent acquérir une gravité telle que le malade reste immobile, les membres contracturés et fléchis à demi, dans la crainte de douleur provoquée par le moindre mouvement. Ces contractions spasmodiques jointes à l'augmentation de volume des muscles, produisent une gêne de la respiration, et par suite l'œdème qui se montre d'abord à la face et aux paupières, œdème qui peut s'étendre au reste du corps dans les cas plus graves. A ces symptômes vient s'ajouter une fièvre plus ou moins vive, à forme typhoïde, avec un pouls accéléré et élévation de la température, sueurs profuses, anorexie, diarrhée, amaigrissement, et souvent diarrhée rebelle.

La mort peut survenir après cinq ou six jours de ce second stade, par contraction rapide, mais le plus souvent elle arrive entre la troisième et la quatrième semaine. Quand il y a guérison, la seconde période a une durée de une à six semaines. La convalescence est longue dans les cas graves; les cheveux tombent, souvent les ongles se détachent, quelquefois aussi de grands lambeaux de tégument se séparent aux extrémités inférieures (Friedreich, Scontetten).

**Inductions diagnostiques.** — Il est aisé de comprendre que la trichinose

est un lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic, qui pourront se répéter encore et les fois qu'un fait isolé se présentera à l'observateur. Les faits de trichinose sont à peu près inconnus en France, en effet, et les symptômes caractéristiques non-seulement ne se montrent pas toujours au complet, mais encore peuvent se poser pour d'autres maladies, comme nous le verrons tout à l'heure. L'évolution de la trichinose est si variable de la maladie n'est pas toujours faite pour favoriser le diagnostic.

La seule connaissance de la cause essentielle de l'affection, l'ingestion de viande crue ou fumée et infectée de trichines, qui peut faire soupçonner la vérité. La constatation des trichines, soit dans les muscles restant, soit dans les muscles du malade lui-même, dont on peut obtenir un fragment avec l'emporte-pièce histologique de Schenck (Voy. p. 742), lève toute difficulté et permet d'affirmer le diagnostic. L'examen au microscope des fragments de muscle a fait constater des trichines à la forme de vers filiformes très-petits, de leur longueur, de 0<sup>mm</sup>08 à 0<sup>mm</sup>12 à l'éclosion, n'atteint dans les muscles

à 6 dixièmes de millimètres. Mais le plus souvent ce sont les kystes dans lesquels ils sont enroulés que l'on découvre à l'aide de l'instrument, fig. 268. Ces



Fig. 268. — Trichines. 1, portion de muscle (orbital antérieur) couverte de kystes de trichines, plusieurs de ces kystes ont été dessinés trop grands; 2, kyste isolé; 3, kyste grossi 20 fois, contenant une matière calcaire; 4, kyste contenant deux vers; 5, trichine vue à un grossissement de 200 diamètres; a, extrémité céphalique, d'après Owen; b, extrémité caudale.



prolongement, la cuisson et la cuisson du porc, et cette cuisson; portée habituellement beaucoup plus l'explique l'immunité dont il a joui jusqu'à présent.

G. Colin a complété récemment, à l'aide de nombreuses mentales, l'histoire encore obscure du développement de elles présentent anatomiquement et physiologiquement trois ou celle de la vie enkystée; 2° celle de la vie intestinale 3° la migration des embryons. Le kyste s'organise dans l'embryon par le dépôt d'une matière granuleuse. Ce kyste digestif de l'homme, par ingestion des aliments qui le couvrent par les liquides de l'estomac, et la trichine, mise en liberté, un si rapide accroissement, que la ponte a lieu après six jours que l'appareil génital se développe, que les œufs remplissent le ducte, et que les embryons apparaissent et se mettent en nombre si considérable que l'on peut en trouver jusqu'à 40 dans une seule goutte de matière intestinale, tandis que d'autres sont dans le tube digestif en traversant ses parois, pour aller s'installer.

Ces détails préliminaires sont indispensables à la connaissance de la maladie des trichines ou *trichinose*, récemment adoptée en France. Van den Corput, de Bruxelles, et deux intéressants mémoires sur ce sujet. Ce qu'il y a de la trichine ne se développe chez aucun autre animal que le porc, qui sert à l'alimentation. Cet entozoaire se rencontre aussi chez les souris, les chats, et il peut se développer chez les lapins. On a fait à cet égard des recherches nombreuses qui paraissent confirmer ces faits.

1° *Éléments du diagnostic.* — Avec Vogel, qui a donné la description de la maladie, on peut admettre qu'elle présente dans la première, qui comprend les premiers jours qui suivent l'ingestion, n'existe aucun symptôme, ou tout au plus quelques légers symptômes de la diarrhée, et ce n'est que dans cette dernière période qu'on peut espérer trouver quelques trichines dans les garde-robes.

envahis, qui peuvent avoir leur volume normal, ou acquérir une augmentation de volume et d'élasticité plus ou moins considérable. Un œdème qui se montre d'abord à la face et aux paupières, des mouvements très-douloureux et très-faibles, arrachant parfois des cris et des gémissements; la rauçité de la voix, la difficulté de la mastication ou de la déglutition, la dyspnée, par suite de l'atrophie des muscles qui président à ces actes fonctionnels : tels sont les principaux phénomènes observés. Ils peuvent acquérir une gravité telle que le malade se couche immobile, les membres contracturés et fléchis à demi, dans la crainte de la douleur provoquée par le moindre mouvement. Ces contractions spasmodiques jointes à l'augmentation de volume des muscles, produisent une gêne de la respiration, et par suite l'œdème qui se montre d'abord à la face et aux paupières, œdème qui peut s'étendre au reste du corps dans les cas plus graves. A ces symptômes vient s'ajouter une fièvre plus ou moins vive, à forme typhoïde, avec un pouls accéléré et élévation de la température, sueurs profuses, anorexie, diarrhée, amaigrissement, et souvent diarrhée rebelle.

La mort peut survenir après cinq ou six jours de ce second stade, par complication rapide, mais le plus souvent elle arrive entre la troisième et la quatrième semaine. Quand il y a guérison, la seconde période a une durée de une à six semaines. La convalescence est longue dans les cas graves; les cheveux tombent, souvent les ongles se détachent, quelquefois aussi de grands lambeaux de tégument se séparent aux extrémités inférieures (Friedreich, Scontetten).

**Inductions diagnostiques.** — Il est aisé de comprendre que la trichinose

est un lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic, qui pourront se répéter encore les fois qu'un fait isolé se présentera à l'observateur. Les faits de trichinose sont à peu près inconnus en France, en effet, et les symptômes caractéristiques non-seulement ne se montrent pas toujours au complet, mais encore peuvent se poser pour d'autres maladies, comme le verrons tout à l'heure. L'évolution de la maladie si variable de la maladie n'est pas faite pour favoriser le diagnostic. La seule connaissance de la cause essentielle de l'affection, l'ingestion de viande crue ou fumée et infectée de trichines, qui peut faire soupçonner la vérité. La constatation des trichines, soit dans les muscles restant, soit dans les muscles du malade lui-même, dont on peut obtenir un examen avec l'emporte-pièce histologique de Schenck (Voy. p. 742), lève seule tous les doutes et permet d'affirmer le diagnostic. L'examen au microscope des fragments de muscles a fait constater des trichines à la forme des vers filiformes très-petits, de leur longueur, de 0<sup>mm</sup>08 à 0<sup>mm</sup>12 à l'éclosion, n'atteint dans les muscles

à 6 dixièmes de millimètres. Mais le plus souvent ce sont les kystes dans lesquels ils sont enroulés que l'on découvre à l'aide de l'instrument, fig. 268. Ces



Fig. 268. — Trichines. 1, portion de muscle (orbiculaire antérieur) couverte de kystes de trichines, plusieurs de ces kystes ont été dessinés trop grands; 2, kyste isolé; 3, kyste grossi 20 fois, contenant une matière calcaire; 4, kyste contenant deux vers; 5, trichine vue à un grossissement de 200 diamètres; a, extrémité céphalique, d'après Owen; b, extrémité caudale.

et, s'il est étendu à tout le corps, faire croire à une affection bien à une maladie de Bright. — Mais ce sont surtout les phénomènes qui peuvent éloigner de l'idée de la maladie réelle qui manifeste parfois excessives qui entraînent une immobilité si pénible coup à un *rhumatisme aigu*, car il s'y joint des sueurs profuses, mais cependant on hésitera à admettre l'existence de cette maladie si les articulations sont libres et que les mouvements ne souffrent pas des muscles. On rejettera donc l'existence du rhumatisme sous la forme de celle du rhumatisme *musculaire*, qui n'a pas coutume de produire des douleurs aussi intenses et généralisées, ni de phénomènes que ceux qui escortent la trichinose d'une certaine gravité. Les phénomènes fébriles eux-mêmes peuvent enfin induire le praticien en erreur, et à une *fièvre typhoïde*, si les accidents musculaires n'ont pas une importance diocèse; la qualification de forme typhoïde donnée à ces phénomènes n'est pas assez que la confusion doit être facile; et, en effet, l'erreur est facile. Nous croyons que la thermométrie pourrait, dans ces cas, par voie d'exclusion, sur la nature de la maladie, en faisant connaître d'une fièvre typhoïde, dont l'évolution thermique est caractéristique. TYPHOÏDE [fièvre).

Doit-on considérer comme deux maladies distinctes la trichinose et l'empoisonnement attribué autrefois en Allemagne à des viandes de porc, et qui a existé un poison inconnu (poison du jambon, *schinkengift*). Il est probable que non; car, depuis que la trichinose est connue, l'empoisonnement en question n'a été observé. Il faut donc considérer ces deux maladies. — Faut-il en faire autant de l'*acrodynie* et de la *trichinose*? Le Roy de Méricourt est porté à le penser, et ne voit pas de différence, seule maladie, la trichinose? Ce savant observateur a dit, qu'il existait la plus grande analogie entre les deux maladies. L'*acrodynie* a présenté des symptômes qu'on ne retrouve pas dans la trichinose. La question reste donc encore douteuse.

Toutes ces éventualités d'erreur de diagnostic se présentent.



muscles de proche en proche. On ne peut croire à leur transport par le sang par absorption; car on ne les y a jamais constatées, malgré les recherches les plus minutieuses, et Aronssohn n'a pu en trouver dans le corps d'un fœtus humain dans le cadavre d'une femme dont tous les muscles volontaires étaient

remplis de trichines vivantes (1860). Le fait est très probant pour faire rejeter l'infection sanguine. Quant aux muscles atteints, il est évident que, si l'on observe les troubles locaux dus à la présence des trichines dans les muscles qui effectuent la déglutition, qui président aux mouvements respiratoires, etc. — Le degré de l'infection trichinoseuse résulte de la quantité plus ou moins grande de trichines arrivées aux muscles, où on peut les compter par centaines de mille, car la prolifération est grande. — Quant aux symptômes qu'elles constituent dans les muscles, on sait, pour avoir l'explication des phénomènes observés, que les trichines avalées, au nombre d'environ 3,000 dans quelques boues de viande, dans les cas moyens, peuvent passer un mois dans l'intestin, et chaque individu donner naissance à 200 petits environ (voir ci-dessous); ce qui explique que le moindre morceau de muscle en contienne un très-grand nombre. Arrivés dans les muscles, ils s'y développent au bout de quatre à cinq semaines. On a vu une forme légère, une forme moyenne, et une forme grave de la maladie; cela tient, non pas seulement au nombre

de trichines, mais encore aux lésions qu'elles déterminent autour d'elles, et surtout aux changements que les kystes subissent. Ils s'incrustent en effet de carbonate de chaux au bout d'un certain temps, ou bien subissent une transformation graisseuse dans laquelle disparaît le kyste, comme l'ont montré Bristowe et Rainey en Angleterre, fig. 269, 271 et 272.

C'est ainsi qu'on les trouve dans les muscles des individus qui ont guéri de la trichinose. Cependant Virchow affirme avoir trouvé des trichines vivantes dans des kystes calcifiés depuis longtemps.

Parmi les complications, on a observé des congestions pulmonaires avec œdème, des pneumonies lobulaires, des épanchements pleurétiques, et même la pyémie. Ces complications ont été habituellement des accidents ul-

**Pronostic.** — Il résulte de ce qui précède que la trichinose est une maladie grave, mais non pas toujours mortelle. La plus bénigne des épidémies observées en Allemagne, celle de Plauen, compta 3 morts sur 30 cas; celle de Hettstadt, 8 morts sur 38; celle de Hettstadt, 27 sur 158; celle de Burg, 11 sur 50; la plus grave, à Hedersleben, 80 sur 300; en moyenne : 22 environ sur 100. Douze individus qui furent atteints dans l'île de Rugen, en 1861, guérirent, après avoir présenté comme symptômes dominants l'œdème des paupières



Fig. 269 (d'après Bristowe et Rainey). — a, kyste contenant un ver, c, très-altéré, qui commence à se briser en fragments. En certains points, le ver est vide et aplati; en d'autres points, il est rempli de masses terreuses opaques et de granules; sa partie antérieure, c, est gonflée par un dépôt calcaire, réfractif.

aines *scrofulides* ou *syphilides*. Requin a proposé de dénommer *tubercule* cet élément des maladies de la peau, et de réserver la dénomination *granulation* aux productions dont la formation dans les organes constitue la tuberculisation.

**TUBERCULES, TUBERCULISATION.** — Il n'est aucune question de priorité dans laquelle la lutte que j'ai rappelée entre les études histologiques et les études cliniques (*Voy. MICROSCOPIE*, p. 614) se soit montrée aussi vive que pour la tuberculisation, et notamment la tuberculisation pulmonaire. Certains micrographes qui prétendent faire de l'emploi du microscope le seul moyen de progrès, la source de tout progrès en médecine pratique, ont voulu faire passer des idées cliniques qui étaient généralement admises en France par la seule autorité de Laennec. Que ces idées soient modifiées par les découvertes histologiques, c'est le simple bon sens en admet la nécessité; mais de là à nier toutes les connaissances acquises sur les tubercules depuis le commencement du siècle, pour les remplacer entièrement par d'autres, il y a loin; l'état actuel de la science, c'est encore le simple bon sens qui s'oppose à toute substitution radicale. Comment donc faire accorder la clinique avec la microscopie? En d'autres termes, qu'est-ce réellement que le tubercule? Quelle est sa véritable nature? Telles sont les questions que je vais rapidement examiner. Les solutions théoriques sans doute; mais l'opinion que doit s'en faire le praticien est fixée autant que possible, il importe d'exposer rapidement le bilan de la science tel qu'il paraît ressortir des nombreuses recherches des dernières années. Je terminerai en rappelant les localisations diverses des tubercules, pour leur étude clinique, principalement à l'article PHTHISIE PUL-

monaire. Ce qu'il a été acquis définitivement à la science et que l'on doit aux recherches modernes, c'est que le tubercule n'est pas, comme le pensait Laennec, un produit hétéromorphe composé d'éléments étrangers à ceux de l'organisme. L'influence de l'opinion de l'illustre anatomo-pathologiste était telle que l'on crut reconnaître d'abord un élément spécial aux tubercules, les premières investigations microscopiques (Lebert). Mais bientôt il fut reconnu que les produits tuberculeux, comme tous les autres produits morbides, étaient que des proliférations ou des modifications des éléments normaux de l'organisme. On se demanda dès lors s'il fallait admettre comme vraies les lésions envisagées comme telles par Laennec, c'est-à-dire des granulations tuberculeuses, et les tubercules proprement dits, soit disséminés, soit infiltrés.

Laennec avait vu que les granulations grises demi-transparentes du poumon, signalées par lui, furent considérées par Laennec dans les différents organes comme les produits de la phase du développement des tubercules. Le microscope sembla trancher la question contre Laennec, en établissant que la granulation tuberculeuse était composée d'éléments histologiques différents, et par conséquent que la granulation était un produit tout autre que le tubercule proprement dit. Cette interprétation, d'abord acceptée, trouva ensuite de sérieux adversaires : Luys, H. Bennet, Virchow, Cornil et plusieurs autres. Vulpian, qui s'était d'abord rallié à la manière de voir de Ch. Robin, en 1856 (*Revue rendue de la Soc. de biologie*), arriva, en 1861, à une conviction différente après des recherches plus approfondies. Dans une note lue à l'Académie des hôpitaux, il indiqua d'une façon plus complète la constitution histologique des granulations grises, chercha à préciser leur siège, ainsi que leur mode d'origine et l'évolution des éléments qui les composent. Il recon-



que les anciens noyaux cancéreux, les ganglions des bronches, les infarctus hémorragiques, et les dépôts de pus enkystés, subissent la métamorphose ou transformation graisseuse et caséeuse. D'autres admettent, comme Hérard et Cornil (*La phthisie pulmonaire*, 1867), que les tubercules jaunes plus ou moins vénéreux de Laennec ont deux origines ou deux natures : la granulation spécifique, et la pneumonie dite caséeuse, tout en reconnaissant qu'on éprouve souvent de grandes difficultés et même quelquefois une impossibilité absolue à prononcer sur la part qui revient, dans leur production, à la granulation et à la pneumonie de l'autre » (*ibid.*, p. 153). Enfin on a séparé de la tuberculisation les cas dans lesquels il existait des masses caséeuses isolées, quelquefois uniques dans le poumon, tout en conservant le nom de tuberculisation à ce genre de faits (*Voy. PHTHISIE PULMONAIRE*, p. 831). Peut-être a-t-on tort qu'on ne sépare pas des faits de tuberculisation ayant les granulations grises pour origine, ceux dans lesquels des masses jaunes, caséeuses ou purulentes se montrent isolées à la base ou à la partie moyenne du poumon aussi bien qu'à son sommet, et n'ayant que les caractères histologiques et non l'origine et l'évolution symptomatique des vrais tubercules. Ce sont là tantôt de vrais tubercules de pneumonie dite caséeuse, comme j'en ai vu se développer auprès d'un foyer gangréneux ; et tantôt des infarctus ou d'anciens foyers hémorragiques, comme j'en ai rencontré un remarquable exemple.

On voit, par ce qui précède, que l'on en est venu à revoir dans le tubercule, comme Broussais, une lésion inflammatoire. Hérard et Cornil, qui n'admettent pas l'intervention de l'inflammation avec les vrais tubercules, et qui ont voulu se concorder les données histologiques et cliniques, ont conservé une origine théorique à la tuberculisation. Il semble, en effet, impossible de rejeter hors du cadre de son histoire l'hérédité, au moins comme cause prédisposante. Cependant Villemin la repousse et n'admet la diathèse tuberculeuse qu'en la comparant aux *diathèses syphilitique et morveuse* (*Études sur la tuberculose*, 1868). Cette manière de voir se rattache à l'opinion de l'auteur sur la nature de la tuberculisation, qu'il regarde comme une maladie *spécifique* et *inoculable*, la comparant à la morve, comme à la maladie la plus voisine. Nous allons voir, à propos de l'évolution des tubercules, que cette opinion est loin d'être généralement reçue.

II. Je viens d'indiquer sommairement les divers points de vue auxquels on est placé pour pénétrer la nature du tubercule dans les dernières années. La même diversité de vues se présente nécessairement quand il s'agit de son évolution. Et d'abord, la maladie est-elle virulente, spécifique, et inoculable comme le syphilis ? Au début de son évolution y a-t-il une infection virulente ? Villemin, dans une série d'expériences curieuses, auxquelles l'intéressant rapport de Colin et la longue discussion qu'il a motivée à l'Académie de médecine, ont donné un légitime retentissement, a inoculé à des lapins la matière des granulations grises et des tubercules de l'homme, et il a fait développer chez ces animaux des tubercules. Les faits sont nets et précis. Colin, Hérard, Lebert et beaucoup d'autres observateurs en France et en Allemagne, ont répété les expériences avec le même succès. Le fait de l'inoculation possible de l'homme au lapin et à d'autres rongeurs est hors de contestation. Mais en est-il de même

l'interprétation ? De nombreuses et justes objections ont été faites à cet égard. D'abord on a contesté que la maladie produite fût vraiment semblable aux tubercules. G. Colin (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1867) n'a admis ni la virulence, ni la spécificité de l'inoculation. Il avait produit exactement les mêmes lésions en inoculant du pus ; Feltz, de Strasbourg, en injectant dans les veines

de la poussière de tissu cancéreux, de fibrine, de pus, a obtenu des résultats identiques, et il en conclut que l'on ne produit que des embolies capillaires provoquant un travail de prolifération cellulaire. Clark en Angleterre, ainsi que Burdon Sanderson et Wilson Fox, obtinrent les mêmes résultats avec toutes sortes de substances, ou par la simple irritation mécanique d'un séton. Enfin Cohnheim, Frankel, Valdenburg, en Allemagne, démontrèrent aussi, par leurs expériences, que la matière inoculée n'avait rien de spécifique. Pidoux et Hardy rejettent la spécificité et la virulence, en insistant sur ce fait que les maladies virulentes par excellence, la syphilis et la morve, auxquelles Villemin compare la tuberculose, ne se développent jamais spontanément comme la tuberculisation. Bouillaud ainsi que J. Guérin ne voient rien dans les faits cliniques, qui annoncent la contagion positive de la phthisie; les cavernes en suppuration sont de simples foyers d'infection qui altèrent l'air qui entoure le malade. Mais en supposant même que l'inoculation produise de vraies granulations grises et des tubercules de l'homme au lapin, et du lapin au lapin, rien ne démontre que la contagion soit possible de l'homme à l'homme. Il faudrait d'abord qu'elle ait lieu par l'atmosphère; et dans ce cas ne verrait-on pas des épidémies de tuberculisation comme on voit des épidémies de scarlatine et de rougeole? N'est-il pas étonnant d'un autre côté que les piqûres anatomiques faites dans des dissections si fréquentes de tuberculeux n'aient pas amené à leur suite la phthisie pulmonaire, comme l'a fait remarquer Ruz? Je suis un exemple de l'innocuité de cette inoculation. Il y a dix-huit ans, dans l'obscur amphithéâtre de l'École-Dieu, ayant une excoriation à un pouce, je maniai, sans y prendre garde, et pendant longtemps, un poulmon criblé de cavernes tuberculeuses, ce qui produisit chez moi de graves accidents de septicémie avec des phénomènes généraux, dont je dus avec reconnaissance la guérison aux docteurs Louis, Valleix et Nélaton; et aucun trouble ne se manifesta du côté des organes respiratoires, et il ne se manifesta ensuite aucun signe de tuberculisation. Enfin un courageux confrère a démontré la non-inoculabilité de la matière de granulation grise, prise sur un poulmon tuberculeux, en se l'inoculant lui-même il y a quelque temps déjà; et il vient d'écrire à l'Académie des sciences (août 1869), qu'il n'a rien éprouvé à la suite, et qu'il se met à la disposition de l'Académie pour recommencer l'expérience.

Ne doit-on pas conclure de là, d'abord que la phthisie pulmonaire n'est ni inoculable, ni contagieuse de l'homme à l'homme; et ensuite que, dans la plupart des inoculations faites, on fait pénétrer des produits morbides qui provoquent simplement des *néoplasies* pauvres et misérables comme le tubercule, ainsi qu'on l'a dit. On ne doit donc pas abandonner le grand fait de la production spontanée de la tuberculisation. Dans ce cas, comment se fait le développement des tubercules? Est-ce ou non par l'inflammation? Est-ce quelquefois, comme on l'a pensé, par suite d'infection due à une lésion profonde qu'ils se développent? Nous ne pouvons pas discuter ici ces questions complexes et encore obscures; nous nous contenterons seulement de rappeler qu'il paraît acquis, depuis les travaux de Virchow, que le tubercule dont nous avons indiqué les éléments d'après Vulpian, subit, comme tous les produits morbides inférieurs, une dégénérescence ou *infiltration graisseuse* qui en opère le ramollissement puis la fonte ou l'induration crétacée.

On sait que l'évolution ou la marche de la tuberculisation est aiguë ou chronique, et que, sous la dénomination de PHTHISIE AIGUË, dont Empis a fait la granulie, elle peut amener la mort avant d'avoir parcouru toutes ses phases. Mais, aiguë ou chronique, la tuberculisation peut occuper, comme on le sait,

différents organes, ainsi que je vais le rappeler, car c'est une particularité de l'histoire du tubercule très-utile à la pratique.

**II.** Les granulations tuberculeuses ou les tubercules proprement dits se développent dans la plupart des organes, dans les viscères, au niveau des séreuses dans les os (mal de Pott). La localisation de beaucoup la plus commune, chez l'adulte, est la tuberculisation des poumons (PHTHISIE PULMONAIRE), si bien que Louis a pu établir, d'après les faits nombreux qu'il a observés, que, les fois qu'il existe des tubercules dans d'autres organes, on en trouve nécessairement dans le poumon. Cette loi générale a été maintes fois vérifiée. Mais il n'en est pas ainsi chez l'enfant, comme l'ont fait savoir les recherches de Rilliet et Barthez (*Traité des malad. des enf.*, t. III). Il résulte de leurs relevés sur 47 enfants tuberculeux sur 312 (ou au moins 1 sur 6) n'ont pas offert de tubercules dans les poumons; que souvent plusieurs organes sont affectés; que la tuberculisation des ganglions bronchiques vient pour la fréquence après celle du poumon, et peut exister seule plus fréquemment que cette dernière (: 19. 15); enfin que les organes qui se tuberculisent le plus souvent chez l'enfant (poumons, ganglions bronchiques, ganglions mésentériques, intestins grêles, plèvre, etc.) sont aussi, en général, ceux qui se tuberculisent le plus abondamment. Ces résultats sont importants à connaître.

Les tubercules donnent lieu à des symptômes particuliers dans les différents organes : latents dans certains d'entre eux, ils produisent dans la plupart des cas des troubles fonctionnels qui sont parfois tellement caractéristiques, que l'on a dû faire des affections à part, très-différentes les unes des autres, quoique se rattachant toutes à une cause commune. Tels sont les tubercules déposés dans la plupart des viscères où ils agissent comme TUMEURS, mais qui, chez les enfants, produisent deux affections particulières : le CARREAU, et la phthisie dite BRONCHIQUE. Telles sont encore les affections tuberculeuses des séreuses (méningite, pleurésie et péritonite dites tuberculeuses).

Lorsqu'ils se ramollissent, les tubercules produisent aussi des accidents qui varient suivant leur localisation au niveau de tel ou tel organe : des ULCÉRATIONS des muqueuses intestinale ou laryngienne (*laryngite ulcéreuse*), des perforations dans les séreuses (plèvre, péritoine), dans les bronches (ramollissement des tubercules bronchiques), dans les voies urinaires (tubercules des reins), et jusque dans le canal rachidien (*Voy. PHTHISIE PULMONAIRE, BRONCHITIS* [ganglions], CARREAU, GRANULIE, MÉNINGITE, PÉRITONITE, ABCÈS, TUMEURS, ULCÉRATIONS, etc.)

**TUMEURS.** — La manière la plus pratique de traiter du diagnostic si complexe des tumeurs est de les examiner dans les différentes régions du corps. Mais pour éviter des redites, il est indispensable d'exposer d'abord les généralités utiles à connaître.

### I. Tumeurs en général.

Les tumeurs constituent des masses morbides d'une forme, d'une consistance et d'un volume très-variables, pouvant occuper les diverses parties du corps, se développant dans l'intérieur des organes ou dans le tissu cellulaire qui les entoure, et dont le diagnostic est d'autant plus facile qu'elles sont plus accessibles à nos moyens d'investigation. Elles sont extérieures ou bien elles se développent dans les cavités splanchniques; mais je m'occuperai spécialement de ces dernières, développées dans l'intérieur du crâne, de la poitrine ou de l'abdomen.

J'éliminerai dans tout cet article la plupart des tumeurs extérieures qui sont du ressort de la chirurgie, et dont le diagnostic a été l'objet d'un traité complet

Les tumeurs intra-splanchniques résultent du développement régulier ou irrégulier d'un organe, ou du développement d'indépendantes. On sait qu'elles seraient toujours dues, d'après non plus à des dépôts morbides hétéromorphes, mais à l'*hyperplasie*, à la *prolifération* de certains éléments anatomiques moins altérés ou modifiés. Impossibles à diagnostiquer lorsqu'elles peuvent ne se manifester que par des troubles fonctionnels qui résultent soit de la compression, de l'irritation ou de voisins, soit des communications morbides, qui s'établissent trois fois à ces données diagnostiques se joignent les ressources physiques, qui est d'autant plus complète que la tumeur est accessible à nos moyens explorateurs.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'une tumeur, un des indices du diagnostic est la détermination de leur nature anatomique. On prend le mot *tumeur* dans son acception la plus rigoureuse. Au lit du malade, en effet, en présence d'un corps plus ou moins volumineux, formant une masse insolite au point où on peut avoir affaire non-seulement à des tumeurs propres, masses cancéreuses ou mélaniques, tuberculeuses, fibro-syphilitiques, à des kystes simples ou hydatiques, à certaines qui ne sont appréciables que par leurs effets, comme certaines crâniennes, mais encore à des états morbides tout différents, cependant se manifestent fréquemment au praticien par des symptômes semblables. Ces derniers états morbides sont nombreux. Ces augmentations de volume de certains organes, avec induration d'origine aiguë ou chronique, des dilatations morbides et locales des vaisseaux (anévrismes), soit d'une autre nature, des accumulations liquides ou solides, comme les matières stercorales de la bile ou l'urine dans les voies biliaires ou urinaires (*rétentions*), enfin, ce sont de simples agglomérations par des adhérences.

me autant de problèmes à résoudre, constitue, on le conçoit facilement, des plus grandes difficultés du diagnostic médical. Le diagnostic local se fonde sur leur siège, leur forme, leur volume, leur consistance, leur mobilité plus ou moins grande, l'existence ou l'absence de fluctuation ou de battements sur niveau; mais aucune de ces particularités n'est spéciale à une espèce. Dans un assez grand nombre de circonstances, elles offrent cependant des caractères propres qui ont une très-grande valeur. — Les tumeurs *cancéreuses* sont le principal signe du cancer, sont ordinairement irrégulières, bosselées, dures, marronnées, tantôt dures et résistantes, et tantôt offrant une mollesse tuculière. — La fluctuation des *kystes* non distendus avec excès sert à les faire connaître, mais ce caractère est en même temps l'origine de confusions fréquentes avec d'autres collections morbides de liquides. — Les tumeurs *hydatiques* constituent des kystes particuliers, à surface largement arrondie, ordinairement tendus et élastiques, et pouvant donner à la percussion, à la pression, à l'auscultation, des sensations spéciales, mais qui ne sont pas constantes, dont l'absence par conséquent ne saurait faire rejeter l'existence de ce genre de tumeurs. — Des tumeurs dues à l'accumulation de *calculs* ou de *corps étrangers solides*, comme des calculs accumulés dans la vésicule biliaire distendue, des noyaux de cerises dans le cœcum, ont également donné lieu à des sensations spéciales à la palpation (sensation de collision). — Les amas de *matières fécales* présentent quelquefois, en outre de leurs inégalités dures, marronnées, une particularité très-importante que j'ai rappelée ailleurs (*op.* p. 690); c'est leur dépressibilité qui fait qu'elles conservent l'empreinte d'une pression graduée.

Sans rappeler tous les caractères particuliers à d'autres tumeurs, je signalerai la nécessité de tenir compte de l'évolution plus ou moins rapide ou plus ou moins lente des phénomènes, et l'importance des causes traumatiques, qui peuvent produire rapidement des tumeurs hématisées, ou lentement des tumeurs organiques. Les causes internes ont souvent une utilité clinique particulière. Dans les affections tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques, il suffit de constater une tumeur interne pour soupçonner fortement qu'elle est de la nature de l'une de ces affections, s'il existe déjà dans d'autres parties du corps des tumeurs ou d'autres manifestations caractéristiques de l'une de ces maladies. Il en sera de même pour des tumeurs hydatiques. Il est clair que, dans différentes circonstances, on devra tenir compte de l'ensemble des phénomènes qui peuvent éclairer le diagnostic et que je ne saurais rappeler ici.

Le *siège* des tumeurs est une particularité des plus importantes, puisqu'elle sert à limiter le champ des inductions possibles. Aussi est-ce là la base des distinctions que je vais chercher à établir. Il me suffira, pour certaines régions, de numérer simplement les tumeurs qu'on y peut rencontrer, pour mettre le lecteur à même de compléter son diagnostic en ayant recours à d'autres articles de cet ouvrage.

## II. Tumeurs localisées.

Elles doivent être examinées dans la cavité du crâne et du rachis, dans la poitrine, et dans l'abdomen.

### A. — TUMEURS INTRA-CRANIENNES ET INTRA-RACHIDIENNES.

Je n'ai que peu de mots à dire des tumeurs qui se développent dans l'intérieur de la cavité rachidienne, et qui ne s'annoncent que par des phénomènes de compression de la moelle, c'est-à-dire par une *paraplégie*. Aussi le diagnostic de ces tumeurs est-il des plus obscurs.

Quelle que soit la nature des tumeurs qui se développent à l'intérieur du



(surtout des *altérations de la vue*), des troubles de la *m* passager, légère paralysie de la face ou des membres, *sensibilité* (douleurs dans une moitié de la face, dans un ou pl fourmillements, engourdissements dans différents points). C sensibilité se montrent généralement un peu tard; puis en des *paralysies* plus ou moins étendues *du mouvement et de* précisément la *longueur de l'intervalle entre la céphalal paralysies* qui constitue le signe le plus caractéristique d crâniennes. Assez souvent il y a, comme symptôme dominant *convulsifs* qui revêtent quelquefois la forme *épileptique*. L les *convulsions* dans les parties paralysées appartiennent au de la maladie; il en est de même des *troubles de l'intellige* par la *faiblesse de la mémoire*. Les troubles digestifs ne so ils n'ont rien de caractéristique. La circulation reste normale de complication inflammatoire. Une circonstance alors fort i constance, la variabilité de tous les symptômes. Les fréque rémission et d'exacerbation sont dues à des congestions pass ou du cerveau (*Arch. de méd.*, 1854, t. II, p. 474). P. L publié un résumé des faits connus plus complet encore, de sur la valeur diagnostique de la céphalalgie persistante et de leptiformes.

Ces phénomènes seront suffisamment caractéristiques po ou très-probable l'existence d'une tumeur intra-crânienne, duels des accidents viendront confirmer le diagnostic, suri affection générale qui puisse donner lieu à la formation de rents organes. Ces progrès lents mais incessants de la mal cérébrale empêcheront de la considérer comme une simple tumeurs, il en est dont la marche n'a rien de particulier, si de leur évolution, dont la durée est très-variable. Je veux q mes des artères du cerveau; non de ceux des artérioles, do

comme autant de problèmes à résoudre, constitue, on le conçoit facilement, une des plus grandes difficultés du diagnostic médical. Le diagnostic local se fonde sur leur siège, leur forme, leur volume, leur consistance, leur mobilité plus ou moins grande, l'existence ou l'absence de fluctuation ou de battements à leur niveau; mais aucune de ces particularités n'est spéciale à une espèce. Dans un assez grand nombre de circonstances, elles offrent cependant des caractères propres qui ont une très-grande valeur. — Les tumeurs *cancéreuses* qui sont le principal signe du cancer, sont ordinairement irrégulières, bosselées, comme marronnées, tantôt dures et résistantes, et tantôt offrant une mollesse particulière. — La fluctuation des *kystes* non distendus avec excès sert à les faire reconnaître, mais ce caractère est en même temps l'origine de confusions fréquentes avec d'autres collections morbides de liquides. — Les tumeurs *hydatiques* constituent des kystes particuliers, à surface largement arrondie, ordinairement tendus et élastiques, et pouvant donner à la percussion, à la pression, ou à l'auscultation, des sensations spéciales, mais qui ne sont pas constantes, et dont l'absence par conséquent ne saurait faire rejeter l'existence de ce genre de tumeurs. — Des tumeurs dues à l'accumulation de *calculs* ou de *corps étrangers solides*, comme des calculs accumulés dans la vésicule biliaire distendue, des noyaux de cerises dans le cœcum, ont également donné lieu à des sensations spéciales à la palpation (sensation de collision). — Les amas de *matières fécales* présentent quelquefois, en outre de leurs inégalités dures et marronnées, une particularité très-importante que j'ai rappelée ailleurs (*Voy.* p. 690); c'est leur dépressibilité qui fait qu'elles conservent l'empreinte d'une pression graduée.

Sans rappeler tous les caractères particuliers à d'autres tumeurs, je signalerai la nécessité de tenir compte de l'évolution plus ou moins rapide ou plus ou moins lente des phénomènes, et l'importance des causes traumatiques, qui peuvent produire rapidement des tumeurs hématiques, ou lentement des tumeurs organiques. Les causes internes ont souvent une utilité clinique particulière. Dans les affections tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques, il suffit de constater une tumeur interne pour soupçonner fortement qu'elle est de la nature de l'une de ces affections, s'il existe déjà dans d'autres parties du corps des tumeurs ou d'autres manifestations caractéristiques de l'une de ces maladies. Il en sera de même pour des tumeurs hydatiques. Il est clair que, dans ces différentes circonstances, on devra tenir compte de l'ensemble des phénomènes qui peuvent éclairer le diagnostic et que je ne saurais rappeler ici.

Le *siège* des tumeurs est une particularité des plus importantes, puisqu'elle suffit pour limiter le champ des inductions possibles. Aussi est-ce là la base des distinctions que je vais chercher à établir. Il me suffira, pour certaines régions, d'énumérer simplement les tumeurs qu'on y peut rencontrer, pour mettre le lecteur à même de compléter son diagnostic en ayant recours à d'autres articles de cet ouvrage.

## II. Tumeurs localisées.

Elles doivent être examinées dans la cavité du crâne et du rachis, dans la poitrine, et dans l'abdomen.

### A. — TUMEURS INTRA-CRANIENNES ET INTRA-RACHIDIENNES.

Je n'ai que peu de mots à dire des tumeurs qui se développent dans l'intérieur de la cavité rachidienne, et qui ne s'annoncent que par des phénomènes de compression de la moelle, c'est-à-dire par une *paraplégie*. Aussi le diagnostic de ces tumeurs est-il des plus obscurs.

Quelle que soit la nature des tumeurs qui se développent à l'intérieur du

es (Barthéz et Rilliet), se rencontrent aussi à l'âge adulte, mais elles sont beaucoup plus rares. Fonssagrives a communiqué sur ce sujet, à la Société médicale des hôpitaux (1861), un excellent travail dans lequel il démontre que ces tumeurs, en comprimant le nerf récurrent chez l'adulte, produisent quelquefois des phénomènes identiques à ceux de l'œdème de la glotte. Les principaux accidents auxquels on peut reconnaître les tumeurs ganglionnaires du médiastin sont la *dyspnée avec accès de suffocation*, la *faiblesse notable du bruit respiratoire* à l'auscultation, et des *râles sonores ronflants* signalés par Barthéz et Rilliet, et que Fonssagrives regarde avec eux comme pathognomoniques. La percussion donnerait rarement un son mat au niveau de ces tumeurs chez l'adulte; mais chez l'enfant, Barthéz et Rilliet ont constaté une diminution du son, et des phénomènes caverneux à l'auscultation, phénomènes transmis de la trachée à travers les masses tuberculeuses.

Les anévrysmes de l'aorte ascendante sont plus fréquemment observés chez l'enfant que les tumeurs précédentes. Avant d'être caractérisés par une tumeur dure pulsatile, ils peuvent se manifester aussi par des phénomènes de compression des organes internes (Voy. p. 69).

Au niveau du médiastin, la compression peut déterminer des phénomènes sonores plus ou moins graves, il n'en est plus de même pour les petites tumeurs qui se développent en dehors du médiastin, dans les poumons par exemple, il faut qu'elles aient acquis un certain volume pour occasionner de la gêne. Mais ces petites tumeurs, isolées et superficiellement placées dans le poumon sain, donnent quelquefois lieu à la production de phénomènes singuliers à la percussion et d'auscultation, ainsi que je l'ai rappelé p. 50. Il en résulte un souffle localisé, sans râles, a une certaine valeur comme signe d'une tumeur intra-pulmonaire d'un petit volume.

Ce sont surtout les tumeurs assez volumineuses pour atteindre les parois thoraciques et y produire une matité d'une certaine étendue, qui s'annoncent par ces signes importants.

Leurs symptômes sont : des *douleurs variables d'intensité*, une *dyspnée lentement mais incessamment croissante*, une *toux sèche* ou suivie d'une expectoration insignifiante : sont les phénomènes fonctionnels, la dyspnée principalement, qui accompagne le développement de ces tumeurs. Leurs principaux signes physiques sont : une *saillie irrégulière* d'un des côtés ou sur l'un des côtés de la poitrine qui est sans analogue dans l'état physiologique ou dans d'autres maladies, une *matité à limites également irrégulières*, avec *absence de tout bruit respiratoire* à son niveau, et parfois le *refoulement* du cœur ou des organes voisins.

Cet ensemble de signes peut se confondre, et il se confond souvent, avec ceux d'une *pleurésie chronique*; aussi les auteurs qui se sont occupés de cette question ont-ils insisté principalement sur leur diagnostic différentiel. Ce diagnostic est sans doute facile lorsque l'on prend pour terme de comparaison l'épanchement pleurétique avec sa ligne de niveau régulière (p. 839), susceptible de déplacement par les mouvements; avec sa matité augmentant de bas en haut; s'accompagnant d'égophonie ou de broncho-égophonie de plus en plus profonde en descendant, et si l'on oppose à ces signes des matités irrégulières de la matité des tumeurs, l'immobilité de cette matité, l'absence de tout bruit respiratoire à son niveau, tandis que ce bruit peut quelquefois être entendu *au-dessous*. Mais toutes les pleurésies chroniques ne présentent pas les caractères que je viens de rappeler. L'épanchement, en effet, présente pas souvent la mobilité de sa ligne de niveau, l'égophonie ou la

tumeurs en agglomérant les anses intestinales, et les tumeurs stercorales, *peuvent être rencontrés partout dans l'abdomen*. Cette remarque préliminaire est nécessaire, pour que l'on ne soit pas surpris de me voir rappeler le même genre de tumeurs dans plusieurs régions, et que l'on supplée à mon silence lorsque, pour éviter des redites, je ne rappelle pas toutes ces variétés de tumeurs à propos de chaque région.

1° — *Tumeurs limitées à une région de l'abdomen.*

a. — *Région épigastrique.* — La tumeur que l'on rencontre le plus souvent à l'épigastre est celle du CANCER de l'estomac, affection incomparablement plus fréquente que toutes celles qui peuvent aussi s'accompagner de tumeurs dans la même région. On y rencontre rarement des *anévrismes*. Tantôt la tumeur cancéreuse ne constitue qu'une rénitence plus ou moins profonde, parfois en *nappe*, et tantôt une masse ayant le volume d'un œuf de pigeon à celui du poing, ordinairement inégale, bosselée, et quelquefois mobile, de manière à se porter à droite de la ligne blanche dans l'état de vacuité de l'estomac et à gauche pendant la réplétion de l'organe, s'il est dilaté. La tumeur ne s'insinue pas ordinairement sous les côtes, selon la remarque de Valleix. Cependant quelquefois elle n'est bien sentie que dans la position assise ou lorsque l'estomac est distendu par des aliments (Chomel), ou bien lorsqu'on fait respirer profondément le malade pour faire refouler inférieurement la tumeur par la contraction du diaphragme (Trousseau).

Les tumeurs du PANCRÉAS, plus profondément situées que les précédentes, sont cependant presque toujours confondues avec elles, car le cancer de l'estomac ne s'accompagne pas dans tous les cas de symptômes caractéristiques. On peut encore rencontrer à l'épigastre : des *tumeurs anévrysmales*, qu'il ne faut pas confondre avec les tumeurs solides de l'estomac, du pancréas, ou même avec un *amas de matières fécales* dans le côlon transverse, lorsque ces tumeurs sont soulevées par les battements de l'aorte. Ces anévrysmes sont d'ailleurs très-rares; ils forment des tumeurs fixes, sauf dans des cas exceptionnels, comme celui où l'on a vu l'anévrysme du tronc cœliaque constitué par une *tumeur mobile* de la grosseur d'une orange. On n'oubliera pas qu'il peut exister des petites tumeurs évidemment superficielles au niveau de la ligne blanche (HERNIES), des tumeurs multiples mobiles plus profondes dues à la syphilis (*Voy.* p. 999), et qu'une tumeur épigastrique est quelquefois simulée par la contraction de la partie supérieure du *muscle droit* (qui est isolée par une intersection aponévrotique), contraction qui a lieu chez certains individus dès que l'on palpe leur ventre, comme l'a fait remarquer Chomel. On commettrait encore une grossière erreur si, chez les personnes maigres, on prenait pour des signes d'anévrysme la saillie résistante du corps des vertèbres et les battements de l'aorte.

b. — *Région ombilicale.* — Cette région devrait presque être confondue avec la précédente, car ce que je viens de dire des tumeurs de l'épigastre lui est presque applicable. Je dois ajouter que l'on a quelquefois confondu avec des hernies ombilicales, des *abcès* et des *tumeurs hydatiques*, et que c'est à l'ombilic que se présentent principalement les tumeurs tuberculeuses ganglionnaires qui constituent le *carreau* chez les enfants, et qui ne sauraient être prises pour des scybales, attendu que celles-ci occupent ordinairement les fosses iliaques ou les flancs. Enfin Rayer a rencontré au niveau de la région ombilicale une rénitence formée par la fusion des reins placés en travers de la colonne vertébrale, et formant une fois une tumeur en forme de croissant. On sentait en même temps un vide dans les deux régions lombaires qui avaient



dans l'abdomen, où il vient former sous les parois une tumeur mobile, qui a le volume, la forme et la consistance du rein normal (*Voy. REINS MOBILES*). La rate déplacée vient rarement former également une tumeur mobile au-devant du rein, et dans un fait de Ullmann (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII, p. 224), il y avait de fréquentes envies d'uriner qui pouvaient faire croire à un déplacement du rein. Des lésions diverses font acquérir à ce dernier organe des dimensions plus ou moins considérables sous forme de tumeurs solides ou fluctuantes, qu'il est très-important de connaître pour ne pas les confondre avec d'autres.

Les tumeurs *solides* sont dues quelquefois à la néphrite; alors le rein forme une tuméfaction douloureuse appréciable seulement *au-dessous des côtes*. Le cancer peut produire une tumeur semblable, dont la nature est jugée par la coïncidence de l'hématurie; mais il n'est pas rare de rencontrer des reins atteints de cancer qui forment des tumeurs beaucoup plus considérables, et qui occupent tout l'espace situé entre la dernière côte et le bord supérieur de l'os coxal. Ces tumeurs sont souvent mamelonnées et inégales; mais lorsque l'hématurie fait défaut, les déformations qu'elles font subir aux reins ainsi que les adhérences qu'elles contractent avec les organes voisins, qui peuvent être aussi envahis par le cancer, rendent souvent le diagnostic très-obscur. Une réflexion analogue peut être faite pour les tumeurs *hydatiques* rénales paraissant solides parce qu'elles sont très-distendues. Aussi a-t-on fréquemment confondu la tumeur du rein droit avec une tumeur du foie, celle du rein gauche avec une tumeur de la rate, ou avec celle d'une *invagination intestinale*, et, des deux côtés, avec des amas de *matières stercorales* dans le colon, avec des *adhérences péritonéales* épaisses, localisées au niveau du rein. On a bien signalé comme caractères propres à faire distinguer les tumeurs solides des reins la forme particulière de ces organes, qui sont ovalaires dans le sens vertical, avec la dépression interne de leur hile, et leur position particulière, qui fait qu'elles occupent chaque flanc *en s'insinuant profondément vers les lombes*; mais les mêmes conditions, qui d'ailleurs ne caractérisent pas à beaucoup près toutes les tumeurs rénales, se présentent avec d'autres tumeurs des mêmes régions.

Les tumeurs *fluctuantes* particulièrement observées au niveau des flancs sont celles du rein ou des voies urinaires aboutissant à la vessie (calices, bassinets, uretères). Elles ont presque toujours pour origine l'arrêt de corps étrangers, et principalement de calculs, obstruant ces conduits. Ce sont des *réten-tions* de pus (*pyélite*), d'urine ou de sérosité (*hydronéphrose*), analogues à celles que l'on rencontre au niveau des voies biliaires par suite également de leur obstruction par des calculs. Le sang, accumulé dans les voies urinaires, peut aussi constituer une rétention au-dessus d'un obstacle occupant le haut de l'uretère ou le voisinage de la vessie. La tumeur fluctuante ressemble alors à celle produite par l'urine; et lorsque c'est l'uretère qui est distendu, il peut former une tumeur cylindrique, superficielle et allongée dans le sens de ce conduit. On a cité un fait dans lequel il existait pendant la vie une petite tumeur mobile de la grosseur d'une olive due à un *calcul urinaire* arrêté sur le trajet d'un uretère, et appréciable à la palpation (Caillat, *Union méd.*, 1856).

Dans ces différentes conditions, on a ordinairement, comme données précieuses de diagnostic, des antécédents se rapportant à l'existence de calculs dans les voies urinaires (gravelle, coliques néphrétiques); mais ici encore l'absence de ces données ne démontre pas qu'il faille exclure ces rétentions du



**g.** — *Régions iliaques.* — De nombreuses variétés de tumeurs peuvent se rencontrer limitées dans les régions iliaques. — Chez la femme, elles caractérisent les kystes de l'ovaire encore peu volumineux, l'inflammation de cet organe (OVARITE), des GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES, certaines hématoécèles, et le cancer de l'ovaire. — Chez l'homme, on a quelquefois trouvé un testicule dans le voisinage de l'aîne, où il a été pris pour une hernie; mais en pareil cas, il manque dans le scrotum. — Enfin les tumeurs rencontrées indifféremment chez les individus de l'un et l'autre sexe au niveau des régions iliaques de l'abdomen sont : le PHLEGMON iliaque, les bubons, les adénites, les anévrismes de l'artère iliaque, maladie à laquelle on a cru dans un cas d'adénite mécréreuse soulevée par les battements de l'artère iliaque, et malheureusement guérie (*Med.-chir. Transact.*, t. XXXV). On peut encore rencontrer dans les régions iliaques : une hernie réelle; une péritonite partielle; un cancer du cæcum à droite; à gauche, l'accumulation dans l'S iliaque de matières fécales ou de corps étrangers (noyaux), et enfin l'agglomération d'anses intestinales par des adhérences. Des tumeurs exceptionnelles s'y sont encore constatées. Celle est celle que John Marshal a trouvée dans la fosse iliaque gauche, tumeur dure qui lui resta inconnue pendant la vie, et qui était due à une masse considérable d'épingles (avalées par monomanie) contenues tant dans l'estomac (dont l'extrémité pylorique avait été entraînée sous l'arcade pubienne) que dans le duodénum (*Méch.-chir. Transact.*, t. XXXV).

Les tumeurs de l'ovaire sont remarquables chez la femme par leur forme globuleuse, leur indolence, leur mobilité sauf vers leur insertion manifestement profonde dans la cavité pelvienne, par leur défaut de continuité avec l'utérus, comme le démontre le toucher vaginal qui constate seulement le refoulement de ce dernier organe, par le développement lent de la tumeur, et l'état satisfaisant de la santé générale. Il y a peu de tumeurs qui aient donné lieu à autant d'erreurs de diagnostic que les kystes de l'ovaire. Boinet, qui les a étudiées à ce point de vue dans un intéressant mémoire (*Gaz. hebdom.*, 1860), signale, comme tumeurs locales pouvant être confondues avec ces kystes, la grossesse extra-utérine, l'hématoécèle rétro-utérine, les abcès de la fosse iliaque, les tumeurs squirrheuses, fibreuses, hydatiques, sans compter celles qui résultent du développement considérable des kystes dont il sera question plus loin.

**h.** — *Tumeurs pelviennes.* — Les tumeurs confinées dans la profondeur du bassin se produisent principalement chez la femme, attendu qu'elles ont pour siège habituel les organes du système utérin. Le vagin offre justement chez elle le moyen de les constater par le toucher vaginal. Cet examen peut se compléter par le toucher rectal, qui est surtout utile chez l'homme pour constater les tumeurs formées par la prostate et celles qui occupent le rectum.

out sentir en certains points qu'en pressant vivement sur l'abdomen le liquide. — La rate, en se développant, se dirige vers l'ombilic, dans toute la moitié gauche du ventre jusqu'à la région iliaque, également vers la poitrine. Elle soulève parfois, d'une manière chondre et le côté gauche de l'abdomen, et elle présente vers la une sorte d'échancrure qui ne doit pas faire prendre la tumeur

un des organes dont les tumeurs peuvent acquérir les dimensions dérables et donner lieu aux erreurs les plus fréquentes, soit qu'on les tumeurs qui lui sont propres, soit qu'on lui en attribue qui ont anatomique. On a vu le cancer du rein remplir l'abdomen d'un ze mois (Barthez); mais le fait est plus fréquent chez l'adulte. n a vu une tumeur du rein refouler supérieurement le diaphragme manière à simuler un épanchement pleurétique (*Soc. des hôpit.*, n énorme kyste du rein a pu faire croire à une grossesse; mais préprise ne peut résulter que d'une exploration incomplète.

ions dans les calices et les bassinets des reins, par suite de l'obli- uretère par un calcul, prennent quelquefois des proportions telles oire à une ascite, les tumeurs fluctuantes qui en résultent pouvant e ventre. Martineau a cru à une hydropisie dans un cas de réten- ainsi accumulé, et il a même pratiqué la paracentèse. Tout en able, la tumeur peut rester limitée à un côté de l'abdomen. Dans e condition, les rétentions rénales sont d'un diagnostic plus com- é droit que du gauche, parce qu'on y rencontre également des réten- s biliaires (rétention de la bile dans la vésicule, et hydropisie de ce ui peuvent également constituer des tumeurs fluctuantes consi- gagner ainsi jusqu'à la fosse iliaque. Les antécédents habituels de tiques ou néphrétiques, suivant les voies affectées, lèveront sou- es; mais malheureusement les lésions de ce genre sont presque pliquées d'autres lésions qui en masquent les caractères les plus ossy a vu une distension extrême de la vésicule biliaire par réten- le être *dure* et douloureuse. Moi-même j'ai rencontré à Lariboie- une malade d'une vingtaine d'années, qui précédemment avait signes obscurs de péritonite *comme seuls antécédents*, et qui tumeur dure envahissant toute la moitié droite de l'abdomen; a à des signes de péritonite par perforation. La tumeur était due à suppurée suite de l'oblitération de l'uretère à son origine par un omme une olive, et surtout à des *adhérences péritonéales* épaisses t une seule masse de tous les organes avoisinant le rein.

tumeurs des régions inférieures de l'abdomen, les corps fibreux euvent envahir une grande partie de cette cavité; ils simuleraient e si leur développement n'était pas très-lent. — Mais ce sont princi- kystes de l'ovaire qui, en acquérant un très-grand volume, peuvent us. En s'élevant directement dans le flanc correspondant, ils si- quefois des *tumeurs de rein*; mais c'est surtout avec l'*ascite* (*Voy.* i confusion des kystes très-volumineux de l'ovaire est facile. Il y a fusion entre un kyste de l'ovaire et une *tympanite*. Enfin la *gros-* e a été prise pour un kyste de l'ovaire, et la prétendue tumeur a nctionnée (Boinet, *mém. cité*).

**TYMPANISME.** — Je comprends sous cette dénomination toute exagé- iste du son obtenu par la percussion, par rapport au son normal,

sie, etc.), ou enfin, par suite d'une *déviatiou vertébrale*, du côté du thorax est déprimé (p. 287).

est difficile de saisir la cause *physique* du tympanisme dans ces différentes itions anatomiques, et surtout lorsqu'on le perçoit vis-à-vis d'une *petite sur intra-pulmonaire* voisine de la plèvre, comme je l'ai constaté (*Arch. aéd.*, 1852, t. XXX), ou au niveau du sein induré par le *sclérème*, comme bservé Nat. Guillot chez une femme. Le tympanisme lui fit croire à un ysème sous-cutané; cette supposition fut infirmée par une ponction exploce, qui ne donna pas issue à une seule bulle de gaz. Ne pourrait-on pas, les faits de ce genre, expliquer le tympanisme par la transmission du son onnaire exagéré par la compacité de la partie percutée, comme le sternum nforce et le transmet dans l'état normal?

**TYMPANITE.** — On doit comprendre sous ce titre les accumulations idérables de gaz qui s'effectuent au niveau de l'abdomen, soit dans le tube stif, soit dans l'utérus, soit dans la cavité du péritoine.

La *tympanite du tube digestif* n'est autre chose qu'un météorisme étendu ut l'abdomen (*Voy. MÉTÉORISME*), et refoulant parfois le diaphragme au d de produire l'asphyxie.

La *tympanite utérine*, appelée aussi *physométrie*, *grossesse venteuse*, an accident puerpéral dans presque tous les cas. Elle est caractérisée par tumeur hypogastrique se formant rapidement, arrondie, tendue, donnant un *tympanisme* à la percussion, s'accompagnant parfois de *troubles diges- de vomissements*, de *dyspnée* si la tumeur est assez considérable pour sler le diaphragme, et, dans certains cas, d'un *mouvement fébrile* plus ou as prononcé. C'est surtout après l'accouchement que la physométrie est de, et alors elle est ordinairement considérable, parce qu'elle est favorisée la flaccidité des parois de l'utérus.

ette tympanite est le plus souvent produite par un caillot qui obstrue l'ori- du col utérin, et plus rarement par la putréfaction d'un fœtus, d'un frag- t de placenta, d'une môle, ou des lochies. Dans ces différentes conditions, il y avoir *expulsion bruyante de gaz* très-fétides et quelquefois de liquide âtre par le vagin, expulsion suivie de soulagement. On a vu la physométrie évelopper lentement pendant plusieurs mois, et sa coïncidence avec des bles digestifs, des vomissements, et la *suppression des règles*, faire croire e grossesse, jusqu'à ce que l'expulsion subite des gaz soit venue détromper, évéler la véritable cause du développement de l'utérus.

n a reconnu deux formes à la tympanite utérine, suivant que l'utérus con- des gaz seulement, ou bien des gaz et du liquide. Dans ce dernier cas, des vements brusques peuvent produire un *bruit de flot* ou de glouglou, et la e peut être assez intense.

près un temps variable, l'utérus se débarrasse ordinairement des gaz ou des uits qui causent la tympanite utérine, et la guérison a lieu. Ce n'est que ue l'organe renferme un fœtus mort ou des débris de placenta que le pro- ic peut n'être pas aussi favorable.

Quant à la *tympanite péritonéale*, elle est tout à fait exceptionnelle. Elle i produite par une communication morbide (perforation) des voies digestives ulmonaires avec la cavité péritonéale. Cependant Michel Lévy (*Gaz. .*, 1849) aurait rencontré un fait dans lequel la tympanite aurait été indé- lante de toute perforation. Les signes sont ceux de la tympanite intestinale, e n'est que l'on obtient au *niveau du foie* un son clair qui pourtant n'est pathognomonique. Graves s'est efforcé d'indiquer des signes qui permet-



des *lassitudes universelles*, de l'*anorexie*, de la *soif*, quelques *douleurs* *diffuses*; dans la majeure partie des cas, des *selles liquides* se joignent à ces symptômes; dans les vingt-quatre heures; une chaleur sèche succède aux précédentes, et il s'établit une *fièvre* dont la continuité et l'intensité ne sont nullement en rapport avec les troubles fonctionnels locaux.

En même temps que les symptômes abdominaux prennent successivement intensité, un peu plus tôt ou un peu plus tard à partir du début, il s'y joint des troubles du côté des fonctions cérébrales, des organes des sens et d'autres troubles vers les organes digestifs, qui donnent à l'affection la physionomie qui lui est propre. — Ce sont d'abord : une *faiblesse* considérable; des étourdissements augmentés par la station droite ou assise; de la *stupeur*, puis une *somnolence* graduellement croissante, dont il est plus ou moins difficile de tirer le malade; une *mémoire lente*, de l'*indifférence*, souvent du *délire*, tantôt léger, tantôt agité ou furieux et nécessitant l'emploi de la camisole, continu ou seulement nocturne, ou bien remplacé par de l'*insomnie* ou un sommeil fatigant et interrompu par des rêves. — Du côté des sens : *bourdonnements d'oreilles*, *durété de l'ouïe* ou *surdité*, yeux injectés, *vue confuse*, rarement léger strabisme, mais chez beaucoup de sujets. — Du côté de la myotilité : *soubresauts des tendons*, et autres mouvements *spasmodiques* dans les muscles du cou et dans les membres supérieurs, où l'on observe quelquefois de la *contracture* dans les cas les plus graves. — Enfin sous l'influence de la moelle, un ensemble d'autres troubles de la *sensibilité et du mouvement*, qui ont été très-bien étudiés par G. Fritz, et sur lesquels je reviendrai (p. 1059).

Quant au côté des organes digestifs, la *langue*, qui peut n'offrir rien de remarquable, est d'ordinaire *collante et sèche*, tantôt *rousse* ou *rouge*, *encroûtée*, *épaisse*, sans épaissement, tantôt *noirâtre* et plus ou moins *épaisse*, *parmiée*, tirée avec peine hors de la bouche et comme oubliée entre les dents du malade; les *dents* se sèchent et deviennent *fuligineuses*; la *déglutition* est parfois gênée par l'inflammation de l'arrière-bouche; l'inspection de la cavité buccale et du pharynx peut y faire constater de la *rougeur*, des *concrétions* *filantes* ou du *muguet*, des *érosions* et des *ulcérations*; quelquefois il y a des *écoulements* à l'*épigastre*, plus rarement des *vomissements*, qui ont ordinairement lieu vers la fin de l'affection. Chez presque tous les malades, on trouve sur l'abdomen des *TACHES rosées, lenticulaires* d'environ deux millimètres de diamètre, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, et dont la disparition est suivie d'une fine desquamation. Elles n'apparaissent pas avant le *sixième jour* de la maladie, ordinairement vers le *dixième*, et elles sont caractéristiques pour leur durée comme les *sudamina* qui s'y joignent très-fréquemment, mais qui se montrent un peu plus tard. Il est plus rare d'observer des *macules* de couleur ardoisée dont il a été question à propos de la fièvre typhoïde. Le ventre se *météorise* dans presque tous les cas, et la *rate* est parfois tuméfiée à la palpation ou à la percussion. En même temps que se développent les symptômes du côté des centres nerveux, des sens, des muscles et de la circulation, les *selles* deviennent *involontaires* quand le délire est considérable, et sont quelquefois *plus ou moins mêlées de sang*.

Le *pouls* a une fréquence qui est rarement au-dessous de cent pulsations par minute, et qui se maintient ou s'atténue dans le cours de la maladie; il n'est ni très-résistant qu'au début (et encore dans des cas peu fréquents); il est ou devient ensuite plus ou moins *faible, petit, peu résistant*. Rarement il est irrégulier par sa lenteur et sa *régularité*, quelquefois enfin il est *dicrote*.

est grave de l'affection, c'est-à-dire avec la plupart des symptômes énumérés d'abord, est essentiellement continue; et cependant, comme Louis et nous en ont rencontré des exemples, elle peut se maintenir intermittente à tout bout de chemin. Sa durée varie de huit à quarante jours, le premier terme n'étant applicable qu'aux cas de mort. La maladie est tantôt immédiatement très-grave, avec une fièvre d'invasion, et tantôt graduellement croissante ou stationnaire jusqu'à la fin, où survient, selon Louis, au milieu du délire ou dans une sorte de calme, quelques heures de perte de connaissance, quelquefois d'une manière transitoire.

Les conditions étiologiques de la maladie sont encore des données diagnostiques d'une grande valeur pour le diagnostic. C'est principalement parmi les adultes de 18 à 30 ans que l'on rencontre l'affection typhoïde, qui est d'autant plus rare chez l'enfant qu'il est plus jeune. Au delà de l'âge de 50 ans, la fièvre typhoïde est très-rarement observée. L'habitation récente à Paris (de quelques années à un an), le développement assez souvent épidémique de l'affection, qui peut être contagieuse, et l'absence de récidives, l'affection n'atteignant qu'une seule fois le même individu, sont, indépendamment de l'âge, les causes auxquelles le médecin pourra tirer parti. Les recherches microscopiques modernes ont ouvert, dans le sang, des bactéries ou bactériidies qui jouent peut-être un rôle important dans la pathogénie de la fièvre typhoïde. Cette espèce de vibrions, comme on se voit qu'à un très-fort grossissement, a été constatée par Tigri (de Padoue) dans les cavités gauches du cœur, où les infusoires étaient en quantité considérable (Voy. BACTÉRIES).

Un point de pratique très-important, c'est de tenir compte, pour le diagnostic, du stade à laquelle on observe l'affection typhoïde.

La fièvre typhoïde à son début, pendant le premier septénaire, est quelquefois très-faiblement caractérisée, et même assez violente pour se terminer par la mort, mais surtout dans le cours des épidémies graves que l'on rencontre de cette espèce, où l'intensité de la fièvre et de la céphalalgie, le délire, l'agitation, la somnolence, la stupeur, la prostration, les épistaxis, le vomissement, la diarrhée et parfois les taches rosées lenticulaires, ne peuvent laisser l'observateur dans le doute. Il peut en être de même dans des cas moins graves. Cependant, si les troubles abdominaux manquaient, on pourrait croire à une méningite dans le cas où l'idée de la fièvre typhoïde ne se présenterait pas à l'esprit. On pourrait au contraire, en l'absence des phénomènes abdominaux, tomber dans l'erreur inévitable de prendre pour une fièvre typhoïde un ramollissement central du cerveau, ainsi que l'a vu Louis.

Comme le diagnostic est douteux en pareils cas, il faut avoir recours à la thermométrie qui peut fournir des données précieuses de diagnostic, en indiquant l'évolution particulière de la fièvre. Il y a d'abord un stade ascendant graduel de trois à cinq jours, avec exacerbation chaque soir plus forte que la veille; rémission chaque matin plus faible que la précédente: type quotidien intermittent. Puis survient la période d'état qui dure un et deux septénaires, et à laquelle succède un abaissement notable et progressif, s'il y a guérison. La température générale est en moyenne de 40 à 41°, 2 le soir, et de 39,5 le matin pendant la période d'état (Hirtz, *Nouv. Dict. de méd. et de nat.*, t. VI, p. 790). La figure 274, p. 1056, donne une bonne idée de l'ensemble de ces phénomènes, que l'on ne rencontre dans aucune autre maladie. La thermométrie sera-t-elle très-utile pour distinguer la fièvre typhoïde d'une méningite dont l'invasion est très-brusque, et du ramollissement central du cerveau (dont il a été question plus haut), dans lequel il n'y a pas d'élévation



légère ou incomplète (*Voy. SYNOQUE* [fièvre]).

Une autre affection très-fréquente, difficile à distinguer, dans beaucoup de circonstances, c'est l'embarras intestinal, dans lequel la fièvre est le plus souvent nulle ou quelquefois de phénomènes fébriles (fièvre gastrique) mélangée par de la céphalalgie, des troubles de la vue, de quelques douleurs et un peu de gonflement de l'abdomen, du gargouillement à la pression dans la fosse iliaque droite. Ce qui doit éloigner en pareil cas de l'idée d'une fièvre typhoïde, c'est la faiblesse prononcée, l'enduit épais blanchâtre ou jaunâtre de la maladie date de dix jours, l'absence de taches roses sur le ventre. Cependant on peut rencontrer des cas d'autant plus rares qu'il y a parfois combinaison de l'embarras gastrique et de l'embarras intestinal. L'emploi d'un vomitif lève ordinairement tous les doutes. Dans l'affection typhoïde, une guérison rapide succède à l'emploi.

On décrit sous le nom d'état typhoïde un ensemble de symptômes, comme phénomènes secondaires, principalement dans les cas graves et qu'on ne saurait, en considération de l'âge seul des malades, attribuer à l'affection typhoïde. On doit soupçonner alors (ou bien à l'absence de la réaction, ou bien à l'origine habituelle de l'affection typhoïde). Si l'on rencontre l'état typhoïde chez des sujets jeunes, la réaction et l'examen du malade empêcheront bientôt de l'erreur. (*Voy. TYPHOÏDE* [État]).

La période adynamique du choléra peut simuler une attitude prostrée, un état de légère stupeur, et parfois une langue sèche, de la sensibilité du ventre, de la diarrhée. La réaction peut s'accompagner de symptômes fébriles et de délire. Ces signes, joints à la sensibilité de l'abdomen et à des selles diarrhéiques récentes, pourraient très-bien induire en erreur. Le cas précédent, lorsque le début de l'affection ne ressemble

*agite cérébro-spinale épidémique* (p. 634). Ce sont là des faits rares, de même que ceux de fièvre typhoïde débutant comme une *fièvre intermittente*, et les lesquels la marche qui devient bientôt continue, et l'emploi impuissant du sulfate de quinine, empêchent l'erreur de se prolonger.

L'erreur serait plus longtemps commise dans les cas où la fièvre coïnciderait avec une *phlegmasie*, si une exploration convenable n'en faisait découvrir la lésion fondamentale. Cependant il en est une, l'*entérite*, qui mérite une attention spéciale en raison de la coïncidence des douleurs de ventre, de la diarrhée de la fièvre, qui pourraient donner le change et faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde. Mais, depuis la publication des recherches de Louis, il est reconnu que, dans l'affection typhoïde, les douleurs de ventre sont rarement instantanées, plutôt provoquées par la pression, et toujours plus légères que dans l'*entérite*, en même temps que les selles liquides sont bien moins nombreuses que dans cette dernière affection. Dans la plupart des cas d'ailleurs, les autres symptômes locaux et surtout les phénomènes généraux suffisent pour faire distinguer l'affection typhoïde. Si les phénomènes fébriles persistent encore pendant sept ou huit jours, on devra soupçonner autre chose qu'une simple entérite, et attendre les signes qui bientôt pourront faire cesser toute incertitude, tels que le météorisme, les taches rosées, les sudamina. On pourra encore, dans les cas douteux, s'aider des commémoratifs, et rechercher si le malade n'a pas atteint déjà, à l'âge où la fièvre typhoïde est le plus ordinairement observée, une affection grave de longue durée, suivie d'une convalescence plus longue encore, ayant débuté par de la céphalalgie, de la diarrhée, et ayant occasionné du délire et une perte de connaissance prolongée. Si de pareils accidents ont lieu, il n'y aura pas à douter que le malade n'ait eu déjà la fièvre typhoïde; comme elle n'atteint qu'une fois le même sujet, ou qu'en admettant les rétrocesses, qui ne sont pas nettement prouvées, on doit supposer qu'on a sous les yeux un fait extrêmement exceptionnel, on pourra se prononcer franchement pour une entérite.

Passé le premier septénaire, le diagnostic se confirme, ou bien, s'il a été incertain ou impossible, il devient le plus souvent facile par l'évolution des symptômes les plus probants : le météorisme, les taches, les sudamina, les selles sanguinolentes ou hémorrhagiques, la continuation de la fièvre, etc. Je dis que le diagnostic est le plus souvent facile à cette période, ce qui implique l'existence de faits pouvant faire exception à la règle générale. Les cas de cette espèce, en effet, ne sont pas extrêmement rares dans certaines épidémies. C'est ainsi qu'il y a quelques années j'ai observé à l'Hôtel-Dieu plusieurs malades ayant de la constipation, le ventre plat sans météorisme, peu de fièvre à cette seconde période, mais un affaiblissement général que rien autre chose qu'une affection typhoïde ne pouvait expliquer, affection confirmée d'ailleurs par les taches rosées lenticulaires et les sudamina qui se montrèrent en leur temps, par la lenteur de la convalescence, et, comme pour les malades dont Louis nous a transmis l'histoire sous le titre de *fièvres typhoïdes latentes*, par une perforation intestinale inopinément survenue chez un sujet dont la maladie offrait plus d'un caractère pendant la vie, et dont l'intestin présentait les lésions les plus caractéristiques des plaques de Peyer.

J'ai parlé plus haut de malades dont le pouls perdait sa fréquence après le premier septénaire. Ce fait, qui semble étrange dans une maladie qualifiée de *fièvre*, qualification à laquelle Louis préfère par cela même la dénomination d'*affection typhoïde*, fait admettre à certains médecins qu'il ne s'agit pas en pareil cas de cette maladie, mais d'une *fièvre synoque*, intermédiaire à la fièvre

de des symptômes ou l'absence de certains d'entre eux, contribuent à rendre le diagnostic difficile, l'exagération de certains symptômes n'est pas une cause d'erreurs moins fréquente. C'est sur cette prédominance d'un ordre de symptômes par rapport aux autres qu'on s'est basé pour admettre les formes *immatoire*, *bilieuse*, *muqueuse*, *nerveuse* ou *ataxique*, *adynamique* (mel), *cérébrale*, *abdominale*, *pectorale* (Littre). L'abus de ces dénominations est de porter le praticien à considérer chaque forme comme autant d'essais de fièvres typhoïdes distinctes, et à vouloir faire rentrer tous les faits qui se présentent à son observation dans l'une ou l'autre de ces formes, en le poussant de nouveau dans la confusion des anciennes fièvres dont les travaux modernes l'ont si heureusement fait sortir. On a lieu de s'étonner que Chomel, si habile par excellence, ait recommandé la distinction des cinq premières formes, après avoir fait remarquer que chacune d'elles n'est applicable qu'à une certaine période de l'affection, d'où il résulte qu'on peut successivement observer plusieurs formes chez le même individu. Que reste-t-il dès lors de ces distinctions au point de vue nosologique ?

La violence des accidents fébriles constitue la forme dite *inflammatoire*, on ne la rencontre qu'au début ; et, si l'on n'observe qu'elle, c'est que la fièvre survient rapidement, ce qui peut arriver dans des épidémies graves. Cette prédominance de la fièvre peut donner lieu aux difficultés de diagnostic que j'ai indiquées plus haut à propos du début. — La forme dite *bilieuse* et la prétendue *pectorale* ne doivent être considérées que comme des fièvres typhoïdes variées : l'une d'embarras gastro-intestinal, dont il a été déjà question, et l'autre de congestion violente du poumon ou de bronchite capillaire. A ce titre, elles seront en question plus loin. — Quant à l'exagération prédominante de la fièvre, de la prostration générale, des accidents cérébraux, ou des symptômes généraux, qui constitueraient les prétendues formes *muqueuse*, *adynamique*, *cérébrale*, *abdominale*, elle mérite simplement d'être signalée, pour que le praticien, se trouvant en présence de ces symptômes, songe à les considérer comme des manifestations de la fièvre typhoïde ; mais il n'y a pas lieu d'y voir des *fièvres typhoïdes particulières*.

Dans ces différentes circonstances, c'est un examen suffisant du malade qui, en permettant de grouper l'ensemble des signes qu'il présente, lèvera les doutes diagnostiques qui pourraient exister. — Les mêmes réflexions seraient applicables aux troubles *ataxiques* ou *nerveux*, dont l'intensité pourrait, au premier abord, faire croire à une *méningite* par la violence du délire, des contractions musculaires spasmodiques et par la contracture. Mais cette physionomie particulière de la maladie, qui constitue la forme dite *ataxique*, s'associe le plus souvent à d'autres signes de la fièvre typhoïde, et surtout aux signes abdominaux, qui ne permettent pas de rester longtemps dans le doute. Vers le début de la maladie, un peu de diarrhée et l'existence du météorisme sont d'une grande utilité pour faire attribuer à leur véritable cause, la fièvre typhoïde, les accidents nerveux observés. Plus tard, les taches rosées lenticulaires, les sudamina, etc., sont encore plus caractéristiques. Lorsque ces signes manquent, il faut encore se reporter plutôt à la fièvre typhoïde, en raison de sa fréquence, qu'à la *méningite* typhoïdique, qui est très-rare chez l'adulte.

Sous la dénomination de *troubles spiniaux*, G. Fritz (*Thèse*, 1864) a décrit et soigné les troubles nerveux de la maladie, qui affectent la sensibilité ou le mouvement. Parmi ces symptômes, ceux qui affectent la sensibilité sont : 1° l'*hyperesthésie*, qui peut rendre insupportable le poids des couvertures, et provoquer alors une agitation excessive ; ou bien elle est provoquée par la pression

de quinine, comme l'a démontré Forget.

Est-il possible, dans le diagnostic de la fièvre typhoïde, la lésion intestinale? Forget a consacré dans son ouvrage les ports des lésions et des symptômes de cette maladie, et il générale qu'il n'est pas un symptôme, pris isolément, qui manifestement les phases de la lésion viscérale. Cela est nombre de cas sans doute; mais il en est un plus grand la concordance est bien réelle, au moins pour les symptômes manifestation même de ces symptômes, dans la plupart des cas de la lésion intestinale, et souvent ils s'aggravent et s'amendent que progressent et s'amendent les lésions de l'iléon. C'est important, et celui sur lequel on doit insister. Malheureusement les symptômes ne permettent pas de préciser pendant la vie le degré pendant ou après les ulcérations, dont la présence peut se manifester d'une manière terrible, soit par une perforation, soit par une hémorragie abondante de l'intestin; car il ne faut pas oublier que les symptômes peuvent exister lorsque les symptômes sont très-légers. On constate dans certains cas de pneumonie, de pleurésie et de péritonite avancée, et l'on doit s'étonner, avec Forget, d'arguer de cette disproportion des symptômes et des lésions typhoïdes pour dénier à la lésion intestinale l'importance qu'elle a. Enfin on a voulu établir dans la fièvre typhoïde un type putride due à l'absorption des liquides qui baignent la muqueuse intestinale, mais cette vue théorique n'a aucune utilité pour le diagnostic possible de dire à quel moment elle se produit.

On ne peut pas considérer la fièvre typhoïde chez les enfants comme constituant une forme particulière de la maladie. Taupin et moi avons étudié la maladie avec soin, lui ont reconnu, en fait, les mêmes symptômes que chez l'adulte, si ce n'est que, chez les enfants, les symptômes sont plus fréquents au début, et les épistaxis beaucoup plus rares. Le diagnostic est extrêmement difficile, et il a été établi

4). La thermométrie, comme on l'a vu plus haut, pourra être utilisée  
les enfants, dont les maladies fébriles à leur début sont souvent fa-  
à diagnostiquer, si l'on se base sur les données rappelées au mot THER-  
MÉTRIE.

fièvre typhoïde *legère* des enfants peut simuler complètement un *em-*  
-*gastrique* qui présente comme particularité une longue durée, et les  
-*nasies* et *catarrhes intestinaux*, lorsque les signes caractéristiques de  
-*typhoïde* manquent. La phlegmasie intestinale elle-même, surtout si  
-*prend* la forme typhoïde (*Voy.* p. 356), peut, par contre, simuler une  
-*typhoïde*, même grave : conclusion bien différente de ce que l'on  
-*que* chez l'adulte, où l'entérite est toujours facile à distinguer de cette  
-*ne*.

peut encore confondre la *fièvre typhoïde grave* de l'enfance avec la *mé-*  
*me tuberculeuse ou inflammatoire*, avec l'*entérite secondaire dans la*  
*stigne ou dans la rougeole*, avec la *pneumonie*, la *broncho-pneumonie*,  
n avec la *tuberculisation générale aiguë*. Les erreurs de diagnostic sont  
ables dans ces différents cas, si les signes caractéristiques de l'affection  
de font défaut, et principalement les signes abdominaux : diarrhée,  
rosées, sudamina, augmentation de volume de la rate.

**Complications.** — Dans ce qui précède, j'ai plusieurs fois signalé des complications de la maladie qui m'occupe. C'est un des points les plus importants du diagnostic. Il ne faut pas oublier que ces complications sont souvent causées par la facilité avec laquelle se développent des inflammations secondaires, des ulcérations, plus rarement la gangrène, dans le cours de la maladie, et les inflammations sont souvent annoncées par un redoublement fébrile qui doit d'abord les faire soupçonner.

**Perforation de l'intestin grêle** par suite des progrès des ulcérations est la complication la plus importante et la plus grave. Elle survient à une époque variable de la maladie : au plus tôt le douzième jour, mais le plus souvent à une époque beaucoup plus avancée, puisqu'elle peut tarder jusqu'au quarante-huitième jour. Elle s'annonce brusquement par les signes d'une PÉRITONITE aiguë. La mort survient plus ou moins rapidement, vingt à cinquante heures après le début (Louis). Ce terrible accident apparaît dans les faits graves et dans ceux qui le sont le moins en apparence; dans les cas latents ou douteux, ils peuvent même être le premier signe évident de l'affection typhoïde. L'insolation brusque et la violence de ces phénomènes de perforation est la règle habituelle, mais non la règle constante : on peut rencontrer des faits dans lesquels ces accidents sont latents ou à peu près, bien que leur issue funeste soit inévitable. Louis a cité trois observations de cette espèce, dans lesquelles on ne peut rapporter à la perforation que les symptômes suivants : une fois une simple douleur à l'hypogastre et une expression de dégoût très-prononcée, survenues trente-six heures avant la mort; une autre fois, l'altération des traits et le météorisme de l'hypogastre, douloureux seulement à la pression; chez un troisième sujet enfin, des frissons continuels, une coloration cyanosée de la peau, une augmentation du météorisme, le ventre n'étant sensible qu'à une forte pression. J'ai eu moi-même à traiter à l'Hôtel-Dieu un malade pour une affection typhoïde si légère, qu'elle eût passé inaperçue si l'on n'eût été en temps de pandémie, et si l'abdomen n'eût présenté quelques taches rosées lenticulaires, qui succombèrent subitement après s'être plaint, les jours précédents, d'une simple douleur vers l'hypogastre, qui n'était ni météorisée ni douloureuse à la pression. L'autopsie révéla une perforation au niveau de l'une des ulcérations



ser encore comme complications indépendantes de lésions des centres  
aux.

Des *eschares* cutanées qui, par leur nombre et leur étendue, peuvent produire une suppuration abondante, ne constituent pas une complication rare. J'ai rencontré la gangrène au scrotum, Guéneau de Mussy à la vulve, où il est résulté des difformités cicatricielles graves. Il n'est guère de médecins qui n'ait vu survenir, comme complication, des *hémorrhagies intestinales* abondantes, qui parfois entraînent rapidement la mort, sans être néanmoins constamment fatales, comme on le croyait autrefois. Leur apparition éclaire quelquefois le diagnostic lorsqu'il présente quelques doutes. — Il est plus rare de voir sur le côté des membres et des parois abdominales des *tumeurs très-dououreuses* dues à des épanchements de sang dans les muscles de ces régions (1), de voir des *contractures* se montrer aux membres supérieurs, ou se faire des *vomissements de sang* en caillots, vomissements dus à l'ingestion d'une telle, favorisée par le décubitus, du sang d'une épistaxis ne se montrant par les narines, et qu'on a pris à tort pour l'hématémèse, comme je l'ai vu (Voy. p. 485).

Parmi les autres complications de l'affection typhoïde, il faut principalement citer aux *inflammations secondaires*, sur lesquelles Louis a attiré l'attention, ainsi qu'aux *inflammations ulcéreuses*, la tendance à l'ulcération comme à la gangrène étant un des caractères des lésions qui résultent de l'affection typhoïde.

L'inflammation de l'estomac, caractérisée par des douleurs épigastriques, causées, des vomissements bilieux répétés, survient au plus tôt le huitième ou neuvième jour de la maladie, ou tardivement, comme affection ultime. L'érysipèle de la face, ou d'autres parties, se montre aussi à partir de la même période, tantôt léger et peu étendu, tantôt avec inflammation se propageant au tissu cellulaire sous-cutané, et constituant le plus souvent, comme coup d'autres inflammations secondaires, un des phénomènes ultimes qui précèdent la mort. — On peut rencontrer aussi dans la fièvre typhoïde des lésions qui lui sont étrangères et qui constituent autant de complications. Ce sont l'érythème, la miliaire, l'urticaire, l'herpès labial, le lichen. La fièvre seule peut donner lieu à une confusion avec les sudamina. On trouve, dans les Mémoires publiés par les médecins qui ont observé des épidémies de fièvre typhoïde, des faits de fièvre typhoïde avec miliaire blanche, et il ne m'est nullement démontré que, dans cette circonstance et en l'absence de sueurs caractéristiques, il y ait eu autre chose qu'une fièvre typhoïde. Il ne faut pas oublier, en effet, que, dans cette dernière affection, les sudamina peuvent être extrêmement abondants, confluent et même bulleux par places, comme dans la suette. — Ce n'est que dans des cas exceptionnels que la pharyngite, avec fausses membranes au pharynx ou au larynx, vient compliquer l'affection typhoïde.

Parmi les complications qui peuvent survenir du côté des organes respiratoires, la congestion pulmonaire, la bronchite capillaire plus ou moins généralisée, et la pneumonie, que Grisolle a rencontrée dans la septième année des faits de cette maladie, sont des complications très-importantes, en ce qu'elles peuvent se montrer dès les premiers jours et faire croire à une affection localisée dans les voies respiratoires. Comme je l'ai dit ailleurs (CONGESTION PULMONAIRE), on attache en général trop peu d'importance à la congestion des bronches, surtout dans les affections générales dont elle est un phénomène quelconque. Je l'ai vue constituer parfois un véritable accident prédominant dans

l'affection typhoïde, et notamment à l'hôpital Lariboisière, chez une jeune fille de dix-huit ans, présentant une fièvre intense survenue presque subitement, une oppression et une dyspnée considérables, sans météorisme de l'abdomen qui pût les expliquer. Une sonorité généralement exagérée du thorax avec râles sonores partout, sans aucun râle humide, et la diminution rapide de tous les accidents thoraciques, alors que la mensuration cyrtométrique rendit évidente une énorme rétrocession de la poitrine, ne laissèrent aucun doute sur la cause congestive de cette complication, dont la disparition laissa bien évidents les signes de l'affection typhoïde déjà constatés. Suivant Michou, qui a fait de cette congestion considérée comme complication de la fièvre typhoïde, le sujet de sa thèse (1860), elle produirait une asphyxie lente. — La bronchite capillaire peut, comme la congestion pulmonaire exagérée, détourner l'attention au dépens de l'affection principale, surtout si les symptômes typhoïdes sont incomplètement accusés au début. Ces faits ont attiré dans les derniers temps l'attention des observateurs, qui ont cru devoir créer à ce propos la *forme pectorale* de la fièvre typhoïde. Mais il ressort de la coïncidence d'une bronchite capillaire étendue et des symptômes dits typhoïdes un fait de diagnostic bien autrement important que cette dénomination, c'est la possibilité de prendre pour une affection typhoïde des faits de PHTHISIE AIGUE dans lesquels cette coïncidence se rencontre, et, par contre, de croire à une phthisie aiguë dans le cas d'affection typhoïde réelle compliqués de bronchite capillaire étendue. L'existence des symptômes abdominaux, s'il y a réellement fièvre typhoïde (météorisme, taches rosées, sudamina), et leur absence dans le cas de phthisie aiguë, seront de bons signes distinctifs des deux affections; mais c'est surtout la marche ultérieure de la maladie qui dissipera les doutes. — Quant à la pneumonie compliquant la fièvre typhoïde, on a trop souvent considéré comme telles de simples congestions avec râles plus ou moins crépitants, et souffle respiratoire passagers. — On rencontre rarement comme inflammations secondaires, parfois avec ulcération des tissus signalée par Louis, la *laryngite* (observée par Hardy et Bourgougnon, *Soc. anat.*, 1838), qui paraît être plus commune en Allemagne qu'en France; l'inflammation ulcéreuse de l'*épiglotte* (qui est quelquefois presque détruite); celle de la *langue*, du *pharynx*, et même de l'*œsophage*. — L'*œdème de la glotte* est également une complication exceptionnelle, ainsi que des *abcès extérieurs* en plus ou moins grand nombre (comme à la suite de la variole), des *parotides suppurées*, l'*otite*, l'*endocardite aiguë*, la *néphrite*. On peut y joindre, comme complications rares: la *cyanose généralisée*, observée une fois par Valleix; l'*œdème* ou l'*anasarque*, indépendants d'une lésion des reins, et que Leudet a observés à Rouen (*Arch. de méd.*, 1858, t. XII); la *cataplexie*; des *paralysies* diverses survenant plus particulièrement pendant la convalescence, de même que certains *délires monomaniaques* passagers, dont j'ai observé plusieurs exemples; le simple *affaiblissement de l'intelligence* ou de la mémoire; la *congestion de la moelle épinière*; la *phthisie pulmonaire*; et enfin l'*avortement*, sans tenir compte des lésions latentes que l'on peut rencontrer après la mort sur le cadavre, comme la *gangrène de la vessie* (Cossy).

Une dernière complication qui mérite une mention particulière, et sur laquelle Thirial a attiré l'attention dans ces dernières années, c'est la *péritonite simple* ou indépendante de toute perforation. Quelques observateurs, dans ces derniers temps, Forget, Bourdon, Pidoux et A. Gauchet, ont, après Thirial, rapporté des faits qu'ils ont considérés comme des exemples de péritonite de ce genre, survenue dans le cours de l'affection typhoïde à titre de complication

inflammatoire analogue à la pneumonie, à l'érysipèle. On conçoit toute l'importance de telles observations, qui, si elles ont réellement la signification qu'on leur attribue, doivent empêcher de croire toujours à la perforation intestinale, lorsque des signes de péritonite éclatent rapidement dans le cours de l'affection typhoïde.

Ces observations sont au nombre de neuf, dont six avec vérification cadavérique. La première appartient à Chomel (1834); la seconde à Forget (obs. 60 de son Traité); trois autres sont de Thirial (*Union méd.*, 1853), deux de Bourdon (*ib.*, 1856), et enfin deux autres de Gauchet, qui les a recueillies dans les services de Pidoux et Bourdon (*ib.*, 1857). Malheureusement toutes les observations suivies d'autopsie ne sont pas convaincantes pour le lecteur comme pour ces auteurs, la perforation n'ayant pas, dans plusieurs, été cherchée au moyen de l'injection d'eau ou de l'insufflation dans l'intestin. Aussi ne reste-il que trois observations qui puissent faire preuve; mais, considérées à part (ce qu'on n'a pas fait), ces observations présentent ceci de très-remarquable, que les signes de péritonite sans perforation ont été différents de ceux qui accompagnent ordinairement la perforation de l'intestin. Dans une observation de Thirial, qui a le premier rapporté des faits concluants, la péritonite, survenue *plus de cinquante jours après le début*, s'est manifestée par de la diarrhée, puis sont apparues de violentes coliques, des douleurs abdominales intenses, des vomissements bilieux, etc., et après la mort, arrivée trois jours après, on a trouvé une péritonite manifeste sans perforation, et les lésions typhoïdes cicatrisées. — Dans une autre observation de Thirial, une jeune femme convalescente, et au vingtième jour d'une fièvre typhoïde, est prise après ses règles et à la suite d'une impression morale très-vive, de signes de péritonite (vomissements, face grippée, pouls faible), mais avec *douleur légère*, et même nulle dès le troisième jour, où survint la mort. — Par une coïncidence remarquable, la troisième observation, due à Bourdon, est encore un fait de péritonite coïncidant avec la suppression des règles chez une jeune fille, qui présentait les signes de péritonite *au début même de l'affection typhoïde*, mais sans qu'ils se soient montrés avec la rapidité de la péritonite par perforation; la mort eut lieu après cinq jours.

Il y a dans ces trois observations des particularités qui leur donnent une physionomie particulière; c'est au reste ce que Pidoux avait déjà remarqué en disant que les faits de péritonite simple survenus dans l'affection typhoïde différaient des péritonites par perforation par l'époque ordinaire de leur apparition, leur aspect, leur marche, etc. (*Union méd.*, 1856). Deux fois, en effet, nous voyons ici la péritonite débiter bien avant et bien après l'époque ordinaire où l'on voit survenir la perforation; dans aucun des trois cas, l'invasion n'a eu le caractère instantané de la péritonite par perforation, ni l'ensemble complet de ses symptômes, et, circonstance bien remarquable, il y a eu, deux fois sur trois, des particularités (cessation ou suspension des règles) qui ont pu expliquer la production de la péritonite en dehors de la fièvre typhoïde. On doit donc, à mon avis, considérer ces faits rares comme des exemples de coïncidence de péritonite simple et d'affection typhoïde, et non comme des exemples de complication. Cette distinction est capitale dans la pratique, car reconnaître la coïncidence, c'est éloigner l'idée de la perforation.

Si donc, dans le cours de l'affection typhoïde, on constate des symptômes de péritonite sans invasion très-brusque, incomplets de nombre, se montrant surtout dès les premiers jours de l'affection typhoïde ou à une époque très-avancée de la convalescence, et chez des femmes au moment de la menstruation



pourra espérer avoir affaire à une péritonite se reliant accidentellement à l'affection typhoïde, et par suite sans perforation.

Mais comment ne pas tenir compte, me dira-t-on, des faits de péritonite simple suivie de guérison? On doit certainement tenir compte de ces faits d'accidents de péritonite subitement survenus, d'une éphémère durée, et qui n'ont pas été suivis de mort; mais on ne saurait les considérer nécessairement comme des exemples de péritonite simple, quoique leur possibilité doive être admise. Rien au lit du malade, en effet, ne permet de décider si la péritonite a réellement ce caractère de simplicité, ou s'il s'agit d'une péritonite par perforation limitée par des adhérences, ou bien enfin s'il existe une péritonite partielle par propagation de l'inflammation au niveau d'une ulcération intestinale, péritonite sans perforation dont l'observation 60 de l'ouvrage de Forget est un exemple.

Certaines complications sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte; telles sont la *perforation intestinale*, l'*hémorrhagie* de l'intestin, les *parotides*, les *gangrènes*. D'autres sont au contraire plus fréquemment observées, comme la *broncho-pneumonie* (surtout chez les enfants très-jeunes); l'*otite*, l'*entéro-colite*, que l'on pourra soupçonner si le dévoiement augmente d'intensité et persiste très-longtemps et s'il existe des douleurs abdominales vives. Il est même une complication rencontrée une fois chez l'enfant et qui n'a pas été observée chez l'adulte : la *perforation de la vésicule biliaire*, sans doute par suite d'une ulcération; il y eut une tumeur dans l'hypochondre droit pendant la vie. Enfin il peut exister des complications accidentelles, à une époque plus ou moins avancée de la maladie : des inflammations (*pleurésie*; *angine diphthéritique*; *néphrite*; *ramollissement de la moelle*; *furoncles*); l'*anasarque*, survenant dans la convalescence et plus rarement vers le début, sans que les urines soient coagulables; les *fièvres éruptives*, variole grave, rougeole, scarlatine, se montrant toutes pendant la convalescence, et enfin la *tuberculisation*, qui succède quelquefois à la fièvre typhoïde des enfants.

3° *Pronostic*. — Le pronostic de l'affection typhoïde est toujours grave et incertain pendant toute la durée de l'affection et même de la convalescence, que le cortège des symptômes soit menaçant ou des plus légers en apparence. Cette proposition, qui résume tout le pronostic, est basée sur l'éventualité toujours possible d'une plus grande aggravation, soit par suite des progrès de la maladie, soit surtout par les complications qui peuvent survenir, et surtout par la perforation intestinale. Toutefois il peut se rencontrer des cas rares dans lesquels, les signes d'une perforation se déclarant, la guérison ait lieu. On doit donc, lorsque ces signes surviennent, ne pas toujours porter un pronostic absolument fatal, sans toutefois s'abandonner à l'espoir dès que les symptômes de perforation s'amendent, car on a vu les accidents se prolonger tout en se terminant par la mort, et présenter auparavant des rémissions très-sensibles. Les hémorrhagies intestinales abondantes rendent le pronostic fâcheux, sans être cependant funestes dans tous les cas. La perversion de l'intelligence et des sensations qui font dire au malade qu'il est bien, alors que sa situation est loin d'être rassurante, est une circonstance de mauvais augure, selon Louis. Enfin, la mort subite comme terminaison a été signalée par Dieulafoy (*Thèse de doct.*, 1869) au déclin de la maladie ayant une moyenne intensité, et sans qu'il ait trouvé à l'autopsie de lésion matérielle pouvant expliquer la mort. Il attribue celle-ci à une action réflexe du pneumo-gastrique qui, excité par les plaques de Peyer, déterminerait l'arrêt du cœur en disotole. La mort subite a été produite aussi par la perforation pulmonaire, comme j'en ai rappelé plus haut un exemple.



Une remarque essentielle à faire à propos du pronostic de l'affection typhoïde, c'est que la guérison peut survenir avec les symptômes en apparence les plus redoutables. J'ai vu pour mon compte un malade presque agonisant (avec pâleur cadavéreuse du visage, carphologie, etc.) revenir ensuite peu à peu à la santé.

La fièvre typhoïde peut-elle récidiver? Certains observateurs le pensent; Michel (*Thèse*, 1864) a décrit sous le nom de *réversion* ces rechutes de la fièvre typhoïde, qui surviennent plus ou moins longtemps après la convalescence ou la guérison. J'ai observé un seul fait de ce genre chez une femme de l'hôpital Cochin, laquelle présentait comme commémoratifs les preuves irrécusables d'une ancienne fièvre typhoïde, et qui offrait encore l'ensemble des phénomènes et l'évolution de la maladie très-bien caractérisée. Elle guérit lentement, ce qui me montra que j'avais porté d'abord un diagnostic erroné en qualifiant, dans les premiers temps, la maladie de phthisie aiguë, me fondant sur l'existence antérieure de la fièvre typhoïde pour rejeter l'existence d'une récidive dont je n'avais pas encore vu d'exemple.

Le pronostic est moins grave dans l'enfance qu'à l'âge adulte, et chez les enfants âgés de plus de cinq ans qu'au-dessous de cet âge. Ai-je besoin de dire que certaines complications favorisent une issue funeste? Il est pourtant à remarquer que Barthéz et Rilliet ont vu guérir tous les cas compliqués d'anasarque.

**TYPHOÏDE** (État). — Dans le cours de maladies très-diverses, on voit assez souvent survenir comme accident ou épiphénomène complexe de la fièvre, considérée en général, le groupe de symptômes qui caractérisent l'état dit typhoïde, et qui sont les suivants : *prostration générale*, parfois légère *stupeur*; *somnolence*, *délire*, *excrétions involontaires*; *pouls fréquent*, *petit*, *intermittent*; *langue sèche*, râpeuse, encroûtée (ainsi que les *dents* et les *lèvres*) de *concrétions brunâtres* provenant du dessèchement des mucosités buccales, et parfois mélangées de sang.

On rencontre l'état typhoïde : dans la fièvre ou affection typhoïde, dont il ne forme pas un complément nécessaire, de même que dans les autres pyrexies; dans les phlegmasies les plus variées, telles que la méningite, certains ramollissements aigus du cerveau, la pneumonie, l'hépatite, la métrite-péritonite, etc.; dans le cours des affections des voies urinaires chez le vieillard; dans la phlébite, et enfin, quelquefois comme accident ultime de certaines maladies chroniques, la phthisie par exemple. Uni à de la diarrhée résultant d'un état fébrile ou d'une entérite simple, l'état dit typhoïde ne pourrait faire croire à une véritable fièvre typhoïde qu'à ceux qui attachent à cet appareil de symptômes plus d'importance qu'il n'en a réellement dans cette affection.

Cependant l'état typhoïde est fréquemment l'indice d'un état général grave, surtout vers la fin des maladies, sans qu'il doive nécessairement faire porter un pronostic fâcheux.

**TYPHUS**. — Le typhus, *fièvre pétéchiale* des anciens, appelé aussi *typhus exanthématique* quand l'éruption cutanée était très-abondante, a été à tort confondu avec la fièvre typhoïde; et l'on voit encore cette confusion faite de nos jours par certains auteurs qui emploient le mot typhus pour désigner la fièvre typhoïde. Rien n'est cependant plus distinct que les deux maladies, comme Gerhard, de Philadelphie (1837), Shattuck, de Boston (1839), Steiwart, Richie, E. Bartlett, Jenner, de Londres (1850), W. Stokes (1854-1855), Magnus Huss (1855), etc., l'ont démontré. On ne peut donc admettre, avec Cazalas (*Acad. de méd.*, octobre 1860), qu'il y a un groupe de maladies *typhiques*, qui est aussi naturel que le groupe des fièvres éruptives. Il y range le typhus, la



lesquelles s'est développée la maladie. Parmi les travaux récents nous devons mentionner le livre de Barrallier, professeur à l'École de médecine navale de Toulon. Les rapports des officiers de santé de la marine, de la collection du port de Toulon, lui ont fourni des renseignements intéressants sur le typhus que ces médecins avaient observé à bord des navires sur lesquels ils étaient lors du rapatriement de l'armée de Crimée. On lira aussi avec intérêt l'histoire médicale des épidémies observées au bagne de Toulon par Barrallier.

1° *Eléments du diagnostic*. — Je ne ferai que signaler les principaux, sauf à les compléter à propos des inductions que provoque l'observation des faits.

Dans les cas les moins douteux, le début du typhus était brusque et marqué par un frisson initial, et par un appareil fébrile remarquable par la violence des symptômes cérébraux et nerveux qui l'accompagnaient : céphalalgie intense, bourdonnements d'oreilles, surdité, stupeur, insomnie, agitation, délire, prostration profonde. Jusque-là, à part un état catarrhal plus ou moins prononcé des yeux, des fosses nasales et des bronches, noté au début par plusieurs observateurs, les phénomènes n'avaient rien de bien caractéristique comparativement à la fièvre typhoïde dite inflammatoire; mais le typhus différait bientôt de cette dernière affection par la rareté des épistaxis, par l'atténuation remarquable et le plus souvent par l'absence des troubles digestifs ou abdominaux, et surtout par l'éruption cutanée. Cette éruption comprenait des taches de deux espèces, très-différentes des taches typhoïdes. Signalées par Jenner dans le typhus fever, elles ont été observées dans le typhus des armées par Godelier, dont la description faite d'après nature semble calquée sur celle du médecin anglais. De ces taches, apparaissant du deuxième au cinquième jour, et dont la durée était de deux à dix jours, les unes sont vagues, sous-épidermiques, envahissant le tronc et les membres et respectant parfois le visage; elles sont comparées par Jenner à une teinte de jus de mûres, par d'autres à l'éruption de la rougeole, et donnent à la peau un aspect tigré; les autres, dont la coloration est plus foncée et qui sont souvent de véritables pétéchies, ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Les unes et les autres sont sans relief au-dessus de la peau.

La marche du typhus, presque toujours continue, a une durée variable : très-courte si l'épidémie est dans toute son intensité, et alors rapidement suivie de mort dans les premiers jours, parfois au milieu de symptômes cérébraux et ataxiques épouvantables; plus lente si l'épidémie est à son déclin. La convalescence, qui a été souvent remarquable par son apparition brusque du jour au lendemain, était ordinairement très-longue; cependant elle fut remarquable par sa rapidité dans beaucoup de cas observés dans les hôpitaux français à la fin de la campagne de Crimée. — Le typhus est épidémique et essentiellement contagieux. Il affecte tous les âges, et se développe sous l'influence de l'encombrement, auquel s'ajoutent les mauvaises conditions hygiéniques.

2° *Inductions diagnostiques*. — Parmi les symptômes du typhus, il n'en est qu'un seul, l'éruption cutanée, qui pourrait être considéré comme spécial s'il ne faisait défaut dans un certain nombre de cas. L'apparition hâtive de cette éruption, précédée de phénomènes fébriles, a fait considérer la maladie comme un exanthème (Émile Chauffard), et l'on a même soulevé la question de savoir si l'on n'avait pas quelquefois confondu avec le typhus certaines rougeoles graves (Dechambre, *Gaz. hebdom.*, 1856). Aussi, comme pour la fièvre typhoïde, est-ce sur l'ensemble des symptômes qu'il faut se baser pour le diagnostic plutôt que sur les symptômes isolés.

Ainsi envisagé, le typhus est apparu à Godelier comme une maladie toute spéciale, ayant des caractères qui ne lui ont jamais permis de la confondre avec la



fièvre typhoïde. Si l'on a fréquemment signalé des cas embarrassants de diagnostic où la confusion était facile, c'était dans des faits dont la proportion a été jugée considérable (Garreau, Scrive), mais qui ont pu paraître avoir une certaine fréquence en raison de l'extension formidable des épidémies d'Orient. Dans les faits de ce genre, aux symptômes cérébraux se joignaient exceptionnellement au début quelques symptômes abdominaux, diarrhée, douleurs de ventre, un peu de météorisme, ou bien ils offraient, comme cela arrive dans toutes les épidémies possibles de pyrexies, un ensemble atténué ou incomplet de symptômes. C'était surtout lorsque les éruptions abdominales faisaient défaut, et suivant Scrive c'était dans la majorité des cas qu'elles manquaient, que les difficultés de diagnostic augmentaient. Cette similitude de certains cas atténués de typhus et de fièvre typhoïde est nécessairement des plus embarrassantes, surtout lorsque les deux maladies s'observent en même temps sur différents individus. C'est dans les faits de cette espèce que le médecin a besoin de mettre en jeu toutes les ressources de son intelligence et de sa sagacité, car on doit considérer sous ce rapport comme étant insuffisants, dans l'état actuel de la science, les éléments de ce diagnostic.

Le diagnostic du typhus se base principalement sur les mêmes éléments symptomatiques que celui du typhus fever : c'est encore ici sur la violence prédominante des phénomènes cérébraux et l'absence de phénomènes abdominaux, sur leur énorme disproportion avec les premiers, et sur l'éruption hâtive et spéciale de l'abdomen qu'on se base le plus souvent pour se prononcer. La marche de la maladie, lorsqu'elle est très-rapide, son invasion très-brusquement, l'existence des conditions d'encombrement et d'hygiène qui peuvent faire soupçonner l'existence de la maladie, et par-dessus tout, la constatation déjà bien établie d'une épidémie régnante, l'exposition antérieure du malade à la contagion et sa provenance d'un foyer infecté, sont des données précieuses de diagnostic. Elles seront utilisées avec fruit dans l'immense majorité des faits, car elles donnent immédiatement l'éveil au médecin; et ici, comme en beaucoup d'autres circonstances, penser à la maladie, c'est bientôt la reconnaître. Suivant Netter, frappé de l'incertitude du diagnostic symptomatique dans les faits en petit nombre qu'il a eus sous les yeux à Strasbourg, ce serait dans l'étiologie seulement qu'il faudrait surtout et avant tout chercher les éléments du diagnostic; mais cette proposition, qui a sa valeur, est évidemment trop absolue.

Malheureusement pour le diagnostic, l'absence de toute lésion intestinale ne peut être sûrement déterminée pendant la vie. Cette absence n'est que probable quand les symptômes fonctionnels manquent du côté des intestins; et d'un autre côté l'existence de troubles intestinaux dans des cas rares peut être due à une lésion des intestins très-variable, suivant les épidémies et les localités, mais qui peut en imposer par ses symptômes pour une lésion typhoïde. Après la mort, Netter a noté la congestion, et Garreau le ramollissement de la muqueuse intestinale.

D'autres difficultés de diagnostic surgissent encore pour l'observateur, non-seulement du degré d'intensité et du nombre limité des phénomènes, comme je l'ai dit précédemment, mais encore des formes variées que peut présenter le typhus par suite de la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes, suivant les cas. Les principales de ces formes, signalées par Haspel, Scrive, Netter, Jacquot, etc., ont été dites catarrhales, cérébrales, ataxiques, pectorales, rémittentes, et, par un abus de mots peu propre à faire disparaître la confusion, on a créé un *typhus à forme typhoïde*, mots qui feraient croire que l'affection typhoïde et le typhus peuvent exister simultanément chez le même sujet, mais



que l'on a simplement appliqués aux faits dont j'ai déjà parlé, et dans lesquels il y a, par exception, quelques troubles intestinaux. On a aussi admis un typhus dit *abortif*, en raison de sa bénignité et de sa courte durée. Liebermann, qui a observé le typhus au Mexique, pense qu'on a appelé *typhus abortif* une maladie qui n'est pas du tout, comme l'a dit Niemeyer, un véritable typhus. La disparition rapide de la maladie, soit par un vomitif, ou par des purgatifs, du sixième au dixième jour, soit sans aucun traitement, et son développement, sans contagion directe, lui semblent autant de preuves à l'appui. Il s'agit ici pour lui d'un embarras gastrique fébrile (*Mém. de méd. et chir. militaires*, 1865).

Le typhus peut compliquer et aggraver plusieurs maladies plus ou moins graves, telles que le *scorbut*, dans le cours duquel éclata la première épidémie de Crimée (février 1855), et qui masqua d'abord aux yeux des médecins militaires les caractères du typhus, les *fièvres intermittentes* ou *rémittentes*, l'*anémie*, la *dysenterie*, etc. Ces maladies, et surtout la fièvre typhoïde, coïncidant avec le typhus, ne contribuèrent pas peu, dans un bon nombre de cas, à en obscurcir le diagnostic. Le scorbut, qui préexistait à la première invasion, empêcha même le typhus d'être reconnu dans les premiers temps.

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Le pronostic du typhus des camps est toujours très-grave. En Orient, la mortalité générale fut de près de la moitié des malades atteints. On admet généralement que le typhus fevre d'Angleterre et d'Amérique est plus fréquemment mortel que la fièvre typhoïde.

**ULCÉRATIONS.** — Cet élément de diagnostic a une signification très-variée, soit par ses caractères propres, soit par les conditions dans lesquelles il se produit. Que les ulcérations constituent de simples fissures, des érosions, ou des pertes de substance plus ou moins larges, plus ou moins profondes, elles présentent des caractères généraux que l'on retrouve les mêmes partout, ou bien des caractères spéciaux suivant certaines régions. Cette considération des régions occupées par les ulcérations est donc la base la plus pratique de leur étude sémiologique; mais avant de les envisager ainsi, et pour éviter des redites, il est nécessaire d'exposer leurs caractères généraux.

Sans qu'il me paraisse nécessaire d'entrer dans de minutieux détails sur les ulcérations, dont s'occupe plus particulièrement la chirurgie, et qui sont dues à des inflammations locales, je rappellerai que beaucoup d'ulcérations sont liées à un état général dont elles deviennent une manifestation symptomatique ou un signe.

Les unes sont *aiguës*, comme dans la *fièvre typhoïde* (affection aiguë dans laquelle la tendance à l'ulcération est le plus évidente), dans la *morve*, et dans les *affections cutanées fébriles* dont les ulcérations constituent un élément secondaire.

Les ulcérations *chroniques* se rattachent à une foule de *maladies de la peau* et à des affections dites diathésiques ou générales, telles que la *syphilis*, la *scrofule*, le *cancer*, et la *tuberculisation*, qui est aux affections chroniques, pour la tendance à l'ulcération, ce que la fièvre typhoïde est aux maladies aiguës. Les ulcérations syphilitiques et scrofuleuses sont surtout importantes au point de vue du diagnostic.

Les ulcérations *syphilitiques*, primitives, secondaires, ou tertiaires, ont des caractères particuliers bien connus : bords taillés à pic comme par un emporte-pièce, à contours souvent irréguliers, fond grisâtre, comme pseudo-membraneux, baigné par un liquide sanieux, odeur parfois infecte (*Voy. SYPHILIS*). Mais malgré ces particularités en apparence si nettes, le diagnostic présente souvent des difficultés qui tiennent à ce que des ulcérations vraiment syphilitiques peuvent

resembler quelquefois à des ulcérations simples, et syphilitiques peuvent offrir des caractères analogues à phthiriques. Les *aphthés*, les ulcérations qui succèdent plaques *diphthériques* peuvent simuler ces ulcérations qui entourent et qui boursoufflent les bords de ces lésions qui paraissent excavées comme les ulcérations dues à la syphilis. L'ulcération syphilitique est une vraie mortification organique, tandis que les plaques *diphthériques* ne sont (Voy. p. 207). L'emploi du microscope serait le meilleur pour la nature des deux lésions. Dans les cas où cette distinction

Les ulcérations scrofuleuses ont le plus souvent des  
(Voy. SCROFULES, SCROFULIDES). Cependant on peut c  
l'on n'est prévenu, les ulcérations s'étendant en surface  
les cas de scrofule tuberculeuse et d'ulcère, av  
suppuration d'un ulcère tuberculeux.

[illegible]

...the management of the ...  
...the management of the ...  
...the management of the ...  
...the management of the ...  
...the management of the ...

[illegible][illegible]

... des plaques, ulcérations fa-  
... des plaques. Outre les sy-  
... de l'ouest d'Alep, le rupi-  
... qui occupe les membres

... aggraver les ulcères rebelles, les ulcères, etc. On rencontre (voir pages p. 301), syphilitiques, etc. Mais c'est surtout au niveau

les symptômes les lésions qui m'oc-  
curent. le coryza syphilitique d.  
des narines (Voy. p. 249)

est principalement cherchée vers la v

(Voy. p. 249), constitue l'ozène, dont les ulcérations peuvent être usées, syphilitiques, cancéreuses, ou dépendre de la présence de calculs (ZÈNE); la MORVE produit aussi dans les fosses nasales des ulcérations ables, qui sont un des principaux signes de la maladie. La diphthérie eée dans les mêmes cavités est prise quelquefois pour des ulcérations ques (Voy. p. 712).

UCHE.

r a vu une ulcération indurée de la lèvre, produite par la poussière arsenical, ressembler à s'y méprendre à un chancre induré (*Union* 807). Les ulcérations dues aux aspérités d'une *dent cariée*, les APHTHES, *irations syphilitiques* primitives ou secondaires, l'ulcération à fond avec œdème de la joue qui marque le début de la *gangrène de la bou-* ulcérations des gencives, de la *stomatite simple* intense et de la *stoma-* *curielle*, sont toutes assez reconnaissables pour qu'il n'y ait pas de doute identité. Mais il n'en est plus de même pour l'affection ou les affections , chez les enfants ou les adultes, sous les noms de *stomatite diphthé-* avec ulcération, *stomatite ulcéreuse*, *stomatite ulcéro-membraneuse* et Barthéz), *stomatite ulcéreuse des soldats* (Bergeron). La science ne it pas encore fixée sur ce point, malgré l'intéressant travail de Ber- ui ne voit dans ces diverses variétés qu'une seule et même maladie, *bien e de la diphthérie* (*De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthéritique, nembraneuse*, 1859). A propos de la diphthérie (p. 300), j'ai rappelé lions ulcéreuses qui pourraient être confondues avec elle. Les ulcéra- la bouche, chez les tuberculeux, ont été bien étudiées par Jalliard Elles siègent plus fréquemment dans le pharynx, à l'isthme du gosier, ngue; leur dimension varie de celle d'une tête d'épingle à deux centi- leurs bords avec le temps deviennent épais et lardacés. Une gêne dou- e, l'engorgement des ganglions, une abondante salivation, accompagnent sion.

ngue est quelquefois le siège d'ulcérations superficielles, et rebelles, emploi des antisypilitiques, et que l'on doit peut-être, pour ce motif, er comme des accidents éloignés de syphilis. De moins graves sont e le docteur Jules Charles (1864) a décrit *dans la coqueluche*. Il dit icontré ce signe, indiqué par Gamberini, 54 fois sur 100 observations. cupaient le frein de la langue ou son voisinage, et seraient dues au nt de la face inférieure de cet organe contre les dents pendant les ; elles pourraient servir, suivant l'auteur, à diagnostiquer la coqueluche de quintes caractéristiques.

PHARYNX.

haryngite ulcéreuse simple s'observe rarement. Elle résulte d'*aphthes* pès dans le pharynx, d'ulcérations survenues dans la *fièvre typhoïde*, *hthisie pulmonaire*. Les *gangrènes* partielles de la muqueuse se nt par des ulcérations qui succèdent à la chute des eschares.

ce sont surtout les ulcérations syphilitiques, dites aussi *chancres* du , qui ont de l'importance. Très-rarement primitives, elles constituent toujours des accidents secondaires ou tertiaires, et se montrent sur gdales, leurs piliers, sur le voile du palais et les parois du pharynx. ancras se distinguent des ulcérations qui accompagnent certaines ries ou la gangrène du pharynx, par leurs caractères spéciaux rappelés mment, par leur marche lente ou chronique, et par leurs progrès en



tat. Mais le diagnostic est souvent difficile au début, ou pendant la période de réparation du chancre.

Au début, lorsque existe la vésicule ou pustule du chancre d'emblée, et surtout lorsqu'elle est multiple, on peut croire à un *herpès* du prépuce chez l'homme, ou de la vulve chez la femme; et réciproquement, on peut prendre pour des chancres des ulcérations herpétiques comme je l'ai montré à propos de l'HERPÈS (pp. 518 et 519).

Lorsque le chancre induré s'amende au bout de huit à quinze jours de période d'état, s'il est abandonné à lui-même, il peut apparaître comme une *ulcération superficielle*, à fond de niveau avec ses bords par suite de son boursoufflement; les bourgeons charnus trop abondants peuvent même faire au dehors une *saillie fongueuse* ou *végétante*, qui pourrait faire méconnaître le chancre si l'on oubliait cette particularité. Chez la femme, certaines plaies à marche envahissante, comme l'*esthiomène* de la vulve, ne sauraient être prises, vu leur marche très-lente, pour des chancres, dont l'évolution est toujours plus ou moins rapide.

On n'oubliera pas que les chancres du prépuce se compliquent quelquefois de *phimos* ou de *paraphimos*, et qu'ils peuvent être confondus avec d'autres lésions moins graves. Lasègue a signalé, comme pouvant être prise pour un chancre induré primitif, une « ulcération infundibuliforme plus ou moins profonde, pénétrant dans une base indurée qui a, quoi qu'on en puisse dire, de grandes analogies avec celle du chancre induré primitif mal soigné ou cautérisé avec exagération; » cette ulcération serait due à l'*acné préputiale* qui occupe la rainure du gland et l'une des glandes de Tison, rarement plusieurs (*Traité des angines*, 1868, p. 120).

Ce n'est que par la coïncidence d'autres signes de syphilis que l'on peut regarder comme syphilitiques, chez la femme, les ulcérations du col utérin avec bords saillants et boursoufflés; car on les rencontre avec les mêmes caractères dans la *métrite chronique* (Voy. p. 642). On n'oubliera pas enfin que des ulcérations aux grandes lèvres, consécutives à la *rougeole*, peuvent être confondues avec des chancres vénériens, comme Alf. Fournier (*Journ. de méd. et chir. prat.*) ainsi que Hiriart et Calvy (*Bull. de thérapeut.*), en ont vu deux exemples en 1867.

## II. — Ulcérations indirectement constatées.

Lorsque les ulcérations sont trop profondément situées pour être appréciables à nos moyens d'investigation, on soupçonne leur existence pendant la vie, soit lorsqu'on peut leur rapporter certains phénomènes fonctionnels anormaux ou certaines modifications des excréments, soit lorsqu'il survient des accidents consécutifs graves (hémorrhagies, perforations, occlusions), que l'on peut attribuer à des ulcérations internes des organes creux.

### A. VOIES AÉRIENNES.

Les ulcérations des *fosses nasales* ou du *pharynx* ne sont pas toutes directement visibles. Elles peuvent être situées de telle sorte qu'elles échappent à l'inspection la plus attentive. Le laryngoscope pourra être alors d'une extrême utilité en les faisant découvrir. Il en sera de même dans les cas d'ulcération de la *glotte* ou du *larynx*, qui pourrait n'être que soupçonnée sans l'application de cet instrument. L'emploi de certaines canules après l'opération de la trachéotomie produit des ulcérations aujourd'hui bien connues, grâce à Barthéz et H. Roger (*Soc. des hôpit.*, sept. 1858). — Les ulcérations *intra-pulmonaires* sont révélées par les signes de l'existence même des cavernes tuberculeuses ou gangréneuses du poumon.

## B. VOIES DIGESTIVES.

Les ulcérations peuvent occuper l'œsophage, gros intestin, et être dues aux causes diverses de cet article.

a. — Dans l'œsophage, il peut se développer des ulcères qui se fassent communiquer avec le médiastin, même de l'aorte. Cette dernière communication a été rapportée par W. H. Plower (*Med.*).

b. — Les ulcérations aiguës de l'intestin sont le fait même de l'existence d'une fièvre typhoïdique, lorsqu'elles sont chroniques, comme dans le cas de phthisie pulmonaire, qui s'accompagne d'ulcères iléo-cæcal, par exemple (*Voy. Cæcum*), ou du cancer, par les progrès d'un cancer constaté, ou d'une tumeur, à préciser pendant la vie. Les ulcérations peuvent être diagnostiquées, lorsqu'il existe une diarrhée, et encore est-il possible que la perforation soit due à une ulcération tuberculeuse. Elle est néanmoins possible de rencontrer.

c. — Dans le gros intestin, les ulcérations sont nées dans certaines dysenteries graves, par exemple, dans la dysenterie bacillaire, ou bien par le fait de perforations diverses, comme dans le cas de phthisie pulmonaire, qui s'accompagne d'ulcères iléo-cæcal, par exemple (*Voy. Cæcum*), ou du cancer, par les progrès d'un cancer constaté, ou d'une tumeur, à préciser pendant la vie. Les ulcérations peuvent être diagnostiquées, lorsqu'il existe une diarrhée, et encore est-il possible que la perforation soit due à une ulcération tuberculeuse. Elle est néanmoins possible de rencontrer.

d. — Quant aux ulcérations de l'estomac, elles sont nées dans certaines dysenteries graves, par exemple, dans la dysenterie bacillaire, ou bien par le fait de perforations diverses, comme dans le cas de phthisie pulmonaire, qui s'accompagne d'ulcères iléo-cæcal, par exemple (*Voy. Cæcum*), ou du cancer, par les progrès d'un cancer constaté, ou d'une tumeur, à préciser pendant la vie. Les ulcérations peuvent être diagnostiquées, lorsqu'il existe une diarrhée, et encore est-il possible que la perforation soit due à une ulcération tuberculeuse. Elle est néanmoins possible de rencontrer.

L'ulcère simple de l'estomac (ulcère chronique) est une maladie essentiellement chronique qui, de 1820 à 1850, a été l'objet de travaux importants de Cruveilhier, Graves, J. E. Schmidt, Lutz, Bennet, W. Brinton, Ludwig, etc.

D'après Cruveilhier, la maladie est caractérisée par l'absence absolue d'appétit ou l'appétit bizarre; l'indigestion; la diarrhée; la malaise ou douleur sourde à l'épigastre; la digestion, douleur très-vive au niveau du point correspondant de la colonne vertébrale; la constipation; les nausées, vomissements; les selles brunes, ou de sang pur (hématomèses), et le caractère chronique.

Dans certains cas, il est impossible de distinguer la tumeur de l'ulcère simple, car la marche des deux maladies se ressemblent. La tumeur, avec ses points xiphoïdien et rachidien, est très-différente de l'ulcère simple de l'estomac; elle se retrouve dans les conditions suivantes : 1° la tumeur se trouve que le diagnostic positif est encore en l'absence de l'ulcère simple (Hôtel-Dieu de Paris). Trousseau me paraît que l'ulcère simple peut être reconnu dans un bon nombre de cas, dans les conditions suivantes : 1° la tumeur se trouve que le diagnostic positif est encore en l'absence de l'ulcère simple.

er (Cruveilhier); 2° l'âge du malade est trop peu avancé pour que l'on croie cancer; 3° la marche de la maladie n'est pas continue, les accidents s'arrêtent parfois complètement pour revenir plus tard; 4° enfin il n'y a pas de signes de cachexie, mais au contraire un état général de santé satisfaisant qui rend impossible s'il existait un cancer stomacal. Hérard, à propos d'une observation intéressante (*Soc. des hôpit.*, juin 1856), a insisté sur la *marche favorable de l'ulcère simple de l'estomac* comme signe distinctif principal, et sur la *conservation du tronc en avant*, qui a été notée également par Hervez de Poitiers.

Malgré des faits qui présentent ces particularités caractéristiques, il en est, cependant, dans lesquels la confusion est inévitable. Tel est le cas d'ulcère simple de l'estomac rapporté dans *The Lancet* (décembre 1855), dans lequel une tumeur épaisse de lymphes plastiques unissait l'estomac au foie, et avait donné pendant la vie à une matité et à une sensation de dureté ou de tumeur à la région épigastrique. — On peut croire à une simple *dyspepsie* s'il n'y a pas eu encore d'hématémèse, et s'il n'y a comme symptômes que des douleurs vives et des vomissements après les repas. — La couleur brune des matières vomies, lorsqu'elles ne sont pas franchement sanguinolentes, pourrait donner lieu à une erreur sur laquelle je crois devoir attirer l'attention. Cette coloration brune peut en effet, être due non à du sang altéré, mais à la présence de la *sarcine*, qui a été constatée dans des cas de vomissements incoercibles, et que l'on reconnaît facilement au microscope (*Voy.* p. 776, fig. 186). Lorsque l'on soupçonne l'existence de l'ulcère simple de l'estomac, il est donc nécessaire de rechercher par ce moyen si la coloration brune des matières vomies tient à la présence de globules sanguins altérés, ou bien à celle du parasite végétal. Il faut se rappeler que l'hématémèse est quelquefois mortelle dans l'ulcère simple de l'estomac, et que la *perforation* de l'organe est une complication fâcheuse que l'on doit toujours redouter. Heureusement que ces terminaisons sont rarement constantes, et que l'ulcère se cicatrise fréquemment, comme l'a démontré Cruveilhier. Cependant cette cicatrisation elle-même peut être funeste en entraînant le pylore et en occasionnant une *DILATATION* considérable de l'estomac.

#### AUTRES ORGANES.

Les ulcérations développées dans d'autres organes creux, comme les *voies biliaires* ou les *voies urinaires*, ne peuvent être que soupçonnées par le fait de la perforation (péritonite suraiguë) survenant par suite d'une affection chronique ou latente des organes qui composent ces différentes voies organiques. Baker (*The New-Orleans med. news*, 1857) a vu un jeune homme de vingt-deux ans, robuste, succomber à une péritonite suraiguë par perforation de la vessie due aux progrès d'une ulcération simple qui ne put être constatée qu'après la mort.

**ULCÈRE DE COCHINCHINE.** — Cet ulcère est encore une de ces lésions qui prennent, dans les pays chauds, des aspects ou des caractères faisant penser à autant d'affections différentes, et qui ne sont que des formes d'une même lésion. Le Roy de Méricourt (*Arch. de méd. navale*, 1864) a parfaitement démontré qu'il y a identité entre les ulcères dits de Cochinchine, de Tonkin ou annamite, de Mozambique, du Sénégal, de la Nouvelle-Calédonie, de Madagascar, la plaie de l'Yémen, qui tous sont des degrés divers de *phagédénisme*. Il y a donc lieu de les réunir avec lui sous la dénomination d'*ulcère phagédénique endémique des pays chauds*. Saint-Vel a fait remarquer (*Mal. des régions intertropicales*, 1868) que l'on pourrait y comprendre aussi l'*ulcère des Antilles*.



**URÉE.** — L'urée, substance azotée particulière, est un des principes immédiats de l'urine. Résultat de la décomposition des organes qui se lie à la nutrition, elle existe normalement dans le sang, d'où elle est expulsée par les reins avec l'urine. Cependant on a admis que l'urée se forme aussi dans les reins (Beale). Isolée de l'urine par des procédés chimiques trop compliqués pour être habituellement employés dans la pratique, elle se précipite sous forme d'aiguilles longues et soyeuses, et ses cristaux, vus au microscope, forment des prismes à quatre pans, étroits et incolores, fig. 275. C'est sous forme d'urée qu'on la trouve dans l'URINE.



Fig 275 — Urée.

**URÉMIE.** — On entend par urémie une affection qui serait caractérisée par des accidents nerveux graves, principalement comateux et plus rarement convulsifs, ou épileptiques, attribués à la présence d'un excès d'urée dans le sang, lorsque cette urée n'est pas éliminée par les reins ou les urines. Or, comme on ne trouve pas d'urée dans l'urine des albuminuriques, et qu'on est forcé d'admettre que cette urée reste dans le sang, il s'ensuit que l'on a qualifié précisément les symptômes urémiques les accidents cérébraux de l'albuminurie, et que l'on a admis que les mêmes symptômes, dus à la même cause (l'excès d'urée dans le sang), pouvaient se montrer dans les cas variés de rétentions ou d'infiltrations urinaires.

Cette théorie de l'urémie, formulée en Allemagne par plusieurs auteurs, et principalement par Frerichs, a été étudiée en France, par Cl. Bernard, J. Picard (*Thèse*, Strasb., 1856), Henri Tessier (*Thèse*, Paris, 1856), Luton, Fr. Miché (1860), Cavasse (1861), etc.

Une première objection grave a été faite à cette doctrine. C'est que l'urée injectée dans le sang des animaux ne produit aucun accident nerveux. Quoique l'on ne puisse conclure des animaux à l'homme, ce fait contradictoire n'en est pas moins très-sérieux, et provoque le doute sur la signification des symptômes cérébraux attribués à un excès d'urée dans le sang. On a expliqué, il est vrai, cette contradiction apparente, en disant que les accidents ne commencent que lorsque l'urée était transformée dans le sang en carbonate d'ammoniaque, qui agirait seul comme poison. Et, suivant Frerichs, cette intoxication serait démontrée par la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'air expiré par les malades.

Mais l'ammoniaque dans le sang produit-il réellement les accidents des urémiques? Malheureusement encore pour la doctrine, ce fait fondamental est incertain aussi, puisque J. Picard, qui regarde cependant comme probable l'ingénieuse théorie de Frerichs (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855), a trouvé de l'ammoniaque dans le sang, non-seulement dans l'urémie, mais encore dans d'autres maladies (H. Teissier, *Arch. de méd.*, 1856, t. VIII). De plus, le carbonate d'ammoniaque, injecté dans le sang des animaux, n'a occasionné ni la mort ni les accidents attribués à l'urémie (Cl. Bernard, *Leçons sur les liquides*, etc., t. II, 1859).

Dans l'état actuel de la science, il est donc impossible d'admettre la théorie de l'urémie. On fait par conséquent fausse route en prenant cette doctrine pour base des interprétations cliniques, de même que la théorie de Treitz (ammonémie) qui se rattache à celle de Frerichs, malgré des différences importantes (Alf. Fournier).

Il faut reconnaître toutefois que les recherches qu'a motivées la théorie de



L'urémie sont loin d'avoir été sans profit pour la science. Je citerai, entre les résultats importants qui ont été obtenus, ce fait mis en lumière par les expériences de Cl. Bernard et Barreswill (*Arch. de méd.*, 1847, t. XIII), que l'ablation des reins (ou le défaut du rejet de l'urée par cette voie, par conséquent) fait éliminer immédiatement l'urée du sang par l'estomac et l'intestin (de même que par les sueurs et la salive) sous forme de sels ammoniacaux (phosphate et lactate). L'urée ne peut, en effet, être en contact avec la muqueuse digestive sans subir cette transformation. Dans des recherches très-intéressantes, Fritz (*Gaz. hebdom.*, 1860) ayant trouvé un certain nombre de lésions intestinales chez des individus morts de la maladie de Bright, et chez lesquels il y avait eu des vomissements et de la diarrhée avec matières ammoniacales, a vu dans ces évacuations, avec d'autres observateurs, des effets de l'urémie. Il faut consulter le travail remarquable d'Alf. Fournier (*Thèse d'agrégation*, 1863) pour avoir un exposé complet de la question aux points de vue théorique et clinique.

La question clinique de l'urémie est importante à connaître, étant observée le plus fréquemment comme complication de la maladie de Bright (*Voy.* p. 143). Elle doit être considérée, avec A. Fournier, comme *une série de symptômes morbides surtout nerveux et digestifs, résultant d'une insuffisance de la fonction urinaire, et paraissant liée à une affection consécutive du sang.*

1° *Éléments du diagnostic.* — L'urémie survient toujours dans le cours d'une maladie, le plus souvent dans la maladie de Bright. L'invasion des accidents tantôt est soudaine, condition du début sur laquelle G. Sée a beaucoup insisté, et tantôt précédée de prodromes. La *céphalalgie* avec *vertiges*, les *troubles de la vue* et les vomissements sont les principaux; plus rarement il y a des spasmes, des palpitations, quelques incohérences de parole, etc. Les symptômes principaux sont les phénomènes cérébraux comateux, convulsifs, délirants; mais dans d'autres cas, ces phénomènes cérébraux ne surviennent qu'à la fin, et ce sont surtout des symptômes du côté de la respiration qui caractérisent l'urémie. Les troubles digestifs s'observent dans toutes les conditions.

2° *Inductions diagnostiques.* — Le point de départ du diagnostic est dans les phénomènes principaux de l'urémie que nous venons de rappeler, dans la forme particulière que présente l'affection. Outre la forme cérébrale, dont je me suis occupé ailleurs à propos de la maladie de Bright (*Voy.* p. 142), il y a la forme *respiratoire* ou *dyspnéique* et la forme *lente*.

La forme *respiratoire* ou *dyspnéique* n'est pas très-rare. Elle a été observée par plusieurs observateurs, par Hérard (*Soc. méd. des hôpit.*, 1867), Parrot, Dumontpallier, etc. Cette forme d'urémie ne dépend nullement d'une lésion des organes respiratoires, inutilement cherchée sur le cadavre; on a dû la rattacher à une *lésion nerveuse*, comme l'a fait Bright lui-même. Il survient subitement une difficulté, une anxiété respiratoires, qui vont quelquefois jusqu'à une orthopnée excessive, avec intégrité des organes respiratoires, s'expliquant par une contraction imparfaite du diaphragme (Pihan-Dufeillay). La raucité de la voix et l'inspiration sifflante, bruyante, croupale, qui accompagnent la dyspnée, ont pu faire croire à une lésion du larynx (G. Sée, Wilks), et deux fois, suivant Christensen, la trachéotomie a été pratiquée inutilement.

Il y a ensuite la *forme lente*, à marche continue, et qui débute par une langueur physique et intellectuelle, puis se caractérise par de la céphalalgie, des migraines, par des troubles des sens et surtout de la vue, par une langueur somnolente, puis par un coma progressif. Rarement il y a des convulsions et du délire. Les troubles de la vision présentent cette condition caractéristique qui





internes qu'externes, et même un véritable *purpura hémorrhagique*. La forme spénéique de l'urémie serait celle qui s'accompagnerait principalement de ces accidents, suivant Latay (*Thèse*, 1865).

**3° Pronostic.** — Quant au pronostic, on peut dire que l'urémie est mortelle dans ses différentes formes. On voit quelquefois, il est vrai, chez les albuminuriques, des phénomènes (principalement gastro-intestinaux) qui paraissent être de nature urémique et qui disparaissent; mais on ne peut être sûr qu'il s'agisse de pareils cas d'une véritable urémie.

**URETÈRES.** — Profondément situés dans l'abdomen sur les côtés de la colonne vertébrale et dans la profondeur du bassin, les uretères ne sont pas accessibles à l'exploration, même lorsque leur volume est considérablement augmenté par leur distension (Rayer). Lorsqu'il existe un obstacle au cours de l'urine dans le parcours de l'un de ces conduits, cette distension peut pourtant donner à l'uretère le volume du gros intestin (*Voy. TUMEURS*, p. 1045). C'est là sa principale affection, qui est le plus souvent due à l'arrêt d'un gravier ou d'un calcul. Gigon (d'Angoulême) a démontré que l'uretère présentait deux rétrécissements et deux renflements alternatifs, qui expliqueraient les exacerbations et les rémissions des attaques de coliques néphrétiques, les exacerbations se produisant au moment du passage du calcul au niveau des parties les plus étroites, et les rémissions dans la condition opposée. Caillat (*Union méd.*, 1856) a publié une observation qui semble confirmer cliniquement le dit anatomique.

**URÈTRE.** — Ce canal, qui est le siège de la *blennorrhagie*, peut présenter, chez l'homme, une résistance sensible à la palpation lorsqu'il existe dans son intérieur un *chancre induré* (*Voy.* p. 1074), ou lorsqu'un gravier s'y trouve arrêté. L'urètre est surtout le siège de *rétrécissements* fréquents, que je n'ai pas à examiner. Enfin, en laissant écouler l'urine, il donne très-rarement passage en même temps à des gaz, qui révèlent l'existence d'une *fistule vésico-intestinale* (Sturm, *Deutsche Klinik*, 1854), ou bien la putréfaction du sang qui peut séjourner dans la vessie.

**URÉTRITE.** — *Voy. BLENNORRHAGIE.*

**URINAIRES** (Appareil, voies, organes): — Les organes urinaires comprennent : 1° les REINS, organes sécréteurs de l'urine; 2° les *calices* et les *bassinets*, l'URETÈRE et le canal de l'URÈTRE, qui sont les voies d'excrétion du liquide urinaire; 3° la VESSIE, qui en est le réservoir. Je renvoie le lecteur aux articles particuliers qui ont été consacrés à ces différents organes, sauf aux calices et aux bassinets, dont les maladies et les signes qu'on y rencontre sont exposés aux mots PYÉLITE et RÉTENTIONS (hydronéphrose).

**URINES.** — Déjà, dans un assez grand nombre d'articles, j'ai traité des caractères de l'urine et de leur signification dans une foule de conditions pathologiques; je me suis également occupé ailleurs des particularités qui se rattachent à l'émission des urines (*Voy. MICTION*). Je n'ai qu'à coordonner l'ensemble de ces données pratiques et à les compléter.

L'urine normale est un liquide exclusivement excrémentitiel, entraînant hors de l'organisme quatre sortes de produits : 1° l'eau en excès dans le sang; 2° les *principes azotés* qui résultent du mouvement de nutrition, et qui sont éliminés sous forme d'acide urique et d'urates; 3° les *sels*, qui ont la même origine; 4° les substances non assimilables qui ont pénétré accidentellement dans l'organisme, et auxquelles on peut ajouter les corps qui se sont formés dans l'organisme.

Les signes fournis par l'urine sont physiques ou chimiques, et, à ce do

point de vue, ses variations sont très-nombreuses, sans cependant avoir toutes la même valeur séméiologique.

#### A. CARACTÈRES PHYSIQUES DE L'URINE.

La quantité, la couleur, l'odeur et la consistance de l'urine sont, avec les caractères physiques que fournissent les dépôts ou sédiments, les seuls qui aient quelque importance. La saveur, d'ailleurs trompeuse, du liquide urinaire ne saurait être utilisée dans la pratique.

1° La *quantité* des urines rendues varie suivant une foule de circonstances, et principalement selon la quantité des boissons ingérées, selon l'humidité plus ou moins grande de l'air, et surtout suivant la température de l'atmosphère. Dans les temps froids comme dans les temps de pluie ou de brouillard, la quantité de l'urine est augmentée, parce que les poumons et la peau exhalent moins de vapeur aqueuse. On doit, à mon avis, ajouter que, dans les temps humides, l'air inspiré fait sans doute pénétrer plus d'humidité dans le sang (Voy. POLYURIE).

Lorsque la quantité normale de l'urine paraît diminuée ou augmentée, on peut s'en assurer d'une manière précise en mesurant cette quantité d'après les urines recueillies dans les vingt-quatre heures, ainsi que l'ont conseillé Chossai et Becquerel, et en comparant leur masse à celle de l'état normal, qui varierait d'un à trois litres dans l'état de santé.

L'excrétion exagérée d'urine, à laquelle on a donné le nom de *diurèse*, constitue quelquefois le phénomène terminal ou critique d'une crise nerveuse, comme dans l'hystérie, où un litre d'urine claire et pâle peut être rendu à la fois. Mais c'est surtout lorsqu'elle est habituelle que la diurèse a de l'importance, car on a affaire alors à la POLYURIE avec ou sans GLYCOSURIE. La quantité d'urine émise alors peut atteindre cinq à seize litres et plus par vingt-quatre heures.

Quant à la diminution de sa quantité normale, on n'a guère à s'en préoccuper que dans les maladies aiguës fébriles, pendant lesquelles la sécrétion urinaire peut réellement être très-diminuée : dans la fièvre jaune, le choléra (où elle est supprimée), et dans les affections des organes urinaires sans oblitération des voies urinaires (néphrite aiguë), ou avec obturation des voies parcourues par l'urine. Dans ce dernier cas, c'est l'urine *émise* qui est plus ou moins diminuée ou supprimée; mais sa sécrétion peut continuer au niveau des reins, et son accumulation en amont de l'obstacle produire des désordres plus ou moins graves (Voy. RÉTENTIONS).

2° La *couleur* de l'urine a été l'objet, en Allemagne, d'un grand nombre de recherches minutieuses dues à Virchow, Vogel, Muller, Falck, etc., recherches qui ont fait préconiser des *colorimètres* de l'urine; des tables spéciales des couleurs de ce liquide ont même été dressées. La pratique n'a pas encore à profiter de ces recherches, qui ont amené à conclure, entre autres propositions, que l'urine normale doit sa couleur jaune ou rouge à un pigment ayant son origine dans l'hématine (Falck, Vogel).

Quoi qu'il en soit, la couleur de l'urine, qui est très-variable, a une valeur séméiologique réelle. Cette couleur peut être jaune très-pâle, jaune clair, jaune, jaune rougeâtre, rouge, brune, noire, bleue, ou avoir un aspect lactescent.

L'urine est *pâle, aqueuse*, dans les maladies nerveuses, dans l'hystérie principalement, dans l'anémie, dans les convalescences déjà avancées. Ce sont les urines dites *anémiques* par Becquerel. — Elle est plus ou moins *rouge ou rouge jaunâtre* dans toutes les affections fébriles, ce qui tient, selon Vogel, à ce que le liquide urinaire contiendrait plus de matière colorante, d'une manière absolue. — Les urines brunes ou *noirâtres* doivent ordinairement cette couleur

du sang (maladies hémorrhagiques) ou à une grande quantité de bile (*Voy. èvre JAUNE*), qui, en quantité moindre, donne au liquide urinaire une couleur plus ou moins safranée, teignant en jaune serin les parois du vase dans lequel on l'agite. La *rhubarbe* et le *séné*, administrés à l'intérieur, donnent également une couleur jaune à l'urine. Les urines peuvent aussi devenir noires par leur refroidissement s'il existe un *cancer mélanotique* interne (*Voy. MÉLANÉMIE*).

— L'urine est quelquefois franchement rouge lorsqu'elle contient du sang qui n'a pas été altéré par son séjour dans les voies urinaires, mais il faut s'en assurer

à l'aide du microscope, en recherchant les globules sanguins; car la couleur rouge pourrait tenir à la présence de l'*acide rosacique*. Cet acide n'est que de la matière colorante fixée sur de l'acide urique, et plus souvent sur un dépôt d'apparence amorphe d'urate de soude. On trouve fréquemment cet acide rosacique des urines dans le cours du rhumatisme articulaire aigu (Méhu).

— Les urines laiteuses (*galacturie, chylurie*) doivent cet aspect à la présence de la graisse en émulsion, *fig. 276*. On les observe principalement dans les pays chauds;

et lorsque leur apparition a été précédée de pissement de sang, ou bien alterne avec l'hémorrhagie, on a affaire à l'hématurie des régions tropicales (*Voy. NÉPHRORRHAGIE*).

— Enfin l'urine présente rarement, au moment de l'émission, ou plutôt après avoir été exposée à l'air, une coloration bleue, violette, brune ou noirâtre qui tient à la présence d'une matière colorante que l'on a nommée *uroglau-cine* (Heller), *cyanourine* (Braconnot), *urocyanine* (Martin), *purpurine* (Golding Bird), *fig. 299 et 300*. Pour la

plupart des auteurs allemands qui se sont livrés à des recherches très-multipliées sur l'urine, cette substance bleue, qui forme quelquefois de petits cristaux en fines aiguilles de longueur variée, et qui n'est par conséquent pas un pigment, a été rapproché de l'indigo (Hassall, *Philosophic. Magaz.*, 1853); mais l'on n'est pas d'accord sur les conditions pathologiques de sa formation. Virchow a fait remarquer que, de même que pour les autres matières colorantes de l'urine, on trouve habituellement cette substance dans une urine riche en acide urique. Dresser a constaté la coloration bleue dans l'albuminurie (*Arch. für path.*, 1854). Gubler, après avoir signalé les urines bleues dans le choléra, les a retrouvées dans d'autres maladies (*Soc. des hôpit.*, mai 1859). Enfin on a trouvé que la matière colorante bleue était une fois, non une substance analogue à l'indigo, mais du *prussiate de fer* (bleu de Prusse), chez un hydropique prenant de l'*éthiops martial*.

D'autres colorations accidentelles de l'urine peu importantes, mais nécessaires à connaître, sont celles qui sont dues au passage dans l'urine des matières colorantes, non-seulement de la rhubarbe et du séné dont il a été question plus haut, mais encore du sulfate d'indigo, de la gomme gutte, de la casse, de la garance, du bois de Campêche, des betteraves, des baies d'airelle, de mûres, de merises.

3° L'odeur de l'urine est altérée dans les maladies. Elle est quelquefois ammoniacale et trouble au moment de son émission, ou après son refroidissement et son repos, ce qui est dû, dans les deux cas, à la décomposition putride des matières azotées de l'urine et presque exclusivement de l'urée. L'odeur exhalée par l'urine révèle quelquefois la pénétration dans l'économie de certaines substances, de médicaments ou d'aliments particuliers : l'essence de térébenthine (qui donne à l'urine une odeur de violette), l'inhalation du sulfure



*Fig. 276.* — Corpuscules du chyle et granules moléculaires de l'urine chyleuse vus au microscope (L. Beale).





Fig. 277. — Mucus d'une urine saine.



Fig. 278. — Moules consistant en mucus de la partie droite des tubes urinaux (L. Beale).



Fig. 279. — Epithélium rénal. — a, cellule traitées par l'acide acétique.



Fig. 280. — Epithélium du bassin et du rein (Beale).



Fig. 281. — Epithélium de l'uretère (L. Beale).



Fig. 282. — Formes différentes d'épithélium de la vessie.



Fig. 283. — Epithélium du vagin.



Fig. 284. — Epithélium du vagin.



Fig. 285. — Moules de tubes séminaux dont on a vu un grand nombre de spermatozoaires (L. Beale).



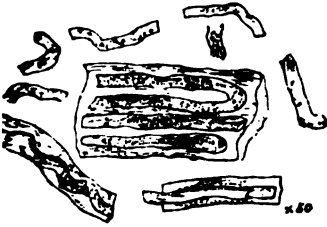


Fig. 286. — Moules urinaires.

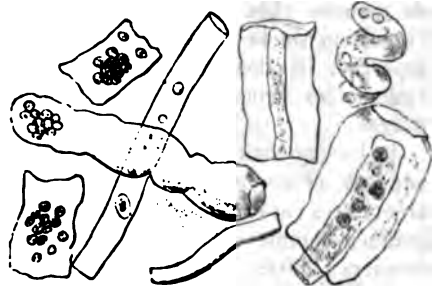


Fig. 287. — Exsudats du rein (néphrite aiguë).



Fig. 288. — Exsudats du rein (néphrite aiguë).

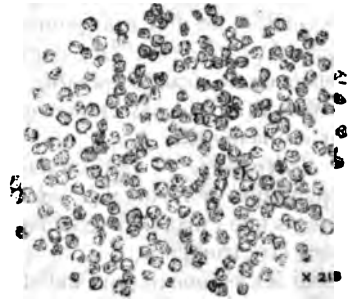


Fig. 289. — Globules de pus.

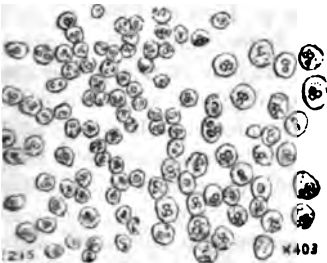


Fig. 290. — Leucocytes traités par l'acide acétique.

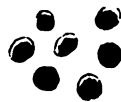


Fig. 291. — Corpuscules de pus altérés.



Fig. 292. — Les mêmes, traités par l'acide acétique.



Fig. 293. — Formation des globules de pus.



Fig. 294. — Formation des globules de pus (mucus vaginal).



Fig. 295. — Globules de pus en voie de formation.

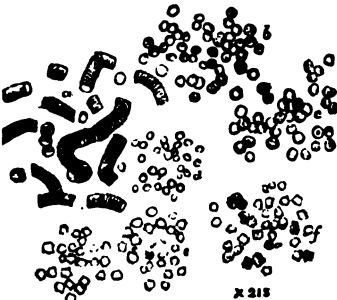


Fig. 296. — Corpuscules sanguins. — a, b, c, normaux. — d, e, f, corpuscules trouvés dans l'urine. — e, f, altération des globules; ils sont rétractés, leurs parois sont crénelées.



Fig. 297. — Urates de soude.



Fig. 298. — Sporules de champignon, ressemblant à des corpuscules sanguins, et provenant d'une urine acide.

de carbone chez les ouvriers en caoutchouc, celle des vapeurs de genièvre, l'ingestion de la valériane, l'assa foetida, le castoréum, le safran, l'ail, les asperges. De Beauvais croit avoir remarqué que, dans la maladie de Bright, l'odeur des urines n'est plus influencée par la térébenthine ou par les asperges.

4° La consistance de l'urine est d'autant moins grande qu'elle est plus aqueuse et moins colorée, et *vice versa*. On apprécie sa densité à l'aide des aréomètres (*urinomètres* divers), parmi lesquels il faut préférer les aréomètres gradués comme densimètres, c'est-à-dire indiquant d'emblée, par les deux derniers chiffres, la densité. Les pèse-lait gradués dans les mêmes conditions ont une course suffisante pour qu'on puisse souvent s'en servir comme pèse-urines (Méhu). Lorsqu'on trouve cette densité supérieure au chiffre normal (qui varie entre 1005 et 1030), et que l'urine est en même temps abondante et peu colorée, on doit soupçonner qu'elle contient de la GLYCOSE. Sa pesanteur spécifique peut encore être augmentée, malgré son peu de coloration, par la présence d'une grande quantité d'urée, comme l'a démontré l'analyse chimique. Mais il ne faut pas oublier que ce sont les sels minéraux qui surtout contribuent à la densité.

5° *Sédiments*. — Les caractères microscopiques de l'urine sont souvent indispensables à rechercher lorsqu'il s'agit de distinguer les uns des autres les sédiments que l'urine laisse déposer par le refroidissement, leur premier aspect pouvant être trompeur.

Parmi les sédiments, qui ont des caractères visibles à l'œil nu ou à l'aide du microscope, et qui, à ce dernier point de vue, ont été bien étudiés par Robin et par Beale, il en est d'abord un certain nombre dont les éléments sont fournis par les organes urinaires et entraînés par l'urine (*Voy.* p. 1084 et 1085, *fig.* 277 à 297, empruntées à Beale, comme la plupart des figures suivantes). C'est en premier lieu le *mucus* sous forme de dépôts nuageux plus ou moins visqueux et denses (*Voy.* *Mucus*), dont la transparence peut être plus ou moins diminuée par des *cellules épithéliales pavimenteuses* venant de la vessie et de l'urètre, ou par des *globules de pus* provenant de la muqueuse des voies urinaires (cystite, pyélo-néphrite) ou des collections purulentes qui s'y font jour. Ces trois éléments, mucus, cellules, pus, se rencontrent fréquemment en quantité variable, avec tous les autres dépôts urinaires. Du *mucus uni* à des sels composent la pellicule irisée (*cremor urinæ*, *kyestéine*) qui recouvre l'urine après deux ou trois jours de repos, et qui a été indiquée à tort comme un signe précoce de grossesse (*Voy.* p. 584). Des *globules sanguins* (*Voy.* p. 948 et *fig.* 296), et plus rarement des *cylindres* provenant des tubes urinaires (*Voy.* *fig.* 285 et 286, et pages 33 et 34), sont encore des éléments fournis par les organes.

Quant aux éléments des sédiments qui proviennent de l'urine même, ce sont : 1° l'*urate de soude* avec des traces d'urates d'ammoniaque et de potasse, quelquefois d'urates de chaux et de magnésie, *fig.* 78 et 90, formant une fine poussière à grains *sphéroidaux* de 0<sup>mm</sup>,001 à 0<sup>mm</sup>,005, et dont la couleur varie du blanc au jaunâtre, au blanc rosé et même au rouge, par suite de l'addition de quantités variables de la matière colorante de l'urine (*acide rosacique*, *urosacine*, *purpurine*, *uroglaucine*, *indigo*, *fig.* 299 et 300), ce qui a fait confondre quelquefois ce sédiment avec du *pus* ou avec du *sang*; 2° les *phosphates de chaux* et *ammoniac-magnésien* (*Voy.* *fig.* de la p. 463), rencontrés surtout dans les cas de *calculs* de même nature, et dans l'*ostéomalacie*; 3° l'*acide urique* (*Voy.* *fig.* p. 462), et les *urates* formant des dépôts



*Fig. 299.* — Cristaux d'indigo. — *a*, cristaux obtenus par sublimation. — *b*, larges cristaux groupés. — *c*, petits cristaux.



*Fig. 300.* — Cristaux d'uroglaucon. — *a*, masses granuleuses bleues. — *b*, masses sphériques. — *c*, cristaux d'uroglaucon, d'un pourpre violet.



*Fig. 301.* — Acide hippurique (L. Beale).



*Fig. 302.* — Tyrosine (L. Beale).



*Fig. 303.* — Tyrosine.



*Fig. 304.* — Cellules cancéreuses trouvées dans l'urine d'une malade atteinte de cancer de la vessie.



*Fig. 305.* — Créatine.



*Fig. 306.* — Inosite.



*Fig. 307.* — Sporules de fungus, vibrios (L. Beale).



*Fig. 308.* — Sporules de *penicillium glaucum* croissant (L. Beale).



*Fig. 309.* — Sporules couverts de petits cristaux d'oxalate de chaux (L. Beale).



de couleur rouge brique, par suite d'une simple excitation fébrile, de l'existence de calculs, de la goutte, etc., et se mélangeant fréquemment aux autres sédiments; 4° l'oxalate de chaux (fig. de la page 464), reconnaissable à sa forme octaédrique, et observé après l'ingestion de l'oseille, avec des pertes séminales ou la dyspepsie (Gallois); 5° l'acide hippurique, fig. 301, formant des groupes de cristaux en aiguilles ou prismes irradiés ou étoilés, dont la présence ne suffit pas pour constituer une maladie, puisque cet acide résulte d'un simple trouble de nutrition; 6° la cystine, rencontrée dans les cas de calculs de cette espèce, et ordinairement associée à l'urée et à l'acide urique (Voy. fig. de la p. 465); 7° enfin je dois mentionner encore la leucine, la tyrosine, fig. 302 et 303, la créatine, fig. 305, et l'inosite, fig. 306.

L'urine peut laisser déposer, immédiatement après son émission, du sable et des graviers provenant des reins (GRAVELLE), des fragments d'hydatides, des grumeaux de matière tuberculeuse, etc., qui sont quelquefois fournis par le même organe, ou par les organes voisins, des cellules cancéreuses, fig. 304, et des sporules diverses, des vibrions, fig. 307, 308 et 309.

Les produits contenus accidentellement dans l'urine et qui ne peuvent provenir ni des organes urinaires, ni des éléments habituels de l'urine, sont le sperme (Voy. PERTES SÉMINALES), des poils fournis par des kystes pileux du bassin, des débris de fœtus (grossesse extra-utérine), et enfin des parasites animaux (Voy. p. 365) et végétaux. La recherche, en Égypte, des ovules de *distome hæmatobie* (p. 366) pourrait, selon Davaine (*Traité des Entoz.*, p. 312), révéler la présence de ce ver, qui se développe dans les veines des parois de la vessie, en donnant lieu à de l'hématurie et à des troubles plus ou moins graves du côté des organes urinaires. Les ovules agglomérés constituent quelquefois des noyaux de graviers.

On peut tirer parti de ces données dans un assez grand nombre de maladies. Rayer a fait remarquer que le dépôt urinaire, dans la *néphrite goutteuse*, est presque entièrement composé de cristaux d'acide urique chez les goutteux (Voy. GOUTTE), tandis que, dans la néphrite simple, le sédiment est généralement formé de poudres amorphes de phosphate de chaux ou d'urates, et de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

#### B. CARACTÈRES CHIMIQUES DE L'URINE.

L'analyse chimique complète de l'urine n'est pas une méthode d'investigation diagnostique plus praticable au lit du malade que l'analyse du sang. Mais la chimie n'en a pas moins rendu de grands services à la clinique en permettant de constater, à l'aide de réactions et de procédés assez simples pour être usés, certains éléments contenus pathologiquement dans l'urine. La présence de certains de ces éléments anormaux, en effet, est un signe d'affections graves et par cela même très-importante à reconnaître; or, ces affections pourraient passer inaperçues ou être confondues avec d'autres maladies, ce que les procédés en question empêchent heureusement.

On constate facilement l'acidité de l'urine (qui est son état habituel), ou l'alcalinité ou son état neutre, à l'aide du papier de tournesol ou du sirop de violettes. L'urine devient alcaline accidentellement sous la simple influence de l'ingestion d'eau de Vichy ou d'autres liquides alcalins, par suite d'abus de fruits ou d'un régime végétal, ou par la transformation de l'urée en sels ammoniacaux. Elle est d'autant plus acide que l'alimentation est plus azotée. Mais on a dû conclure, des expériences nombreuses qui font varier la réaction alcaline ou acide de l'urine, qu'il ne faut pas attacher une valeur absolue à ces réactions, comme on l'avait fait pour certaines maladies.



Je n'ai pas à décrire les procédés qui ont pour objet de constater dans l'urine la présence de l'ALBUMINE ou de la GLYCOSE ; des articles étendus ont été consacrés à ces deux éléments importants de diagnostic, ainsi qu'à l'ALBUMINURIE et à la GLYCOSURIE, qui complètent les précédents. Des moyens d'exploration chimique aident aussi à constater la présence du *pus* (Voy. p. 34), ou de la bile dans le liquide urinaire. A propos de la présence de la bile, ou plutôt de sa matière colorante, appelée aussi *pigment biliaire*, j'ai à compléter ce que j'ai dit de sa recherche (Voy. p. 125 et 544).

On peut employer le chloroforme comme réactif, à l'exemple de Cunisset, qui, à 40 ou 50 grammes d'urine contenant la matière colorante de la bile, ajoute 5 à 6 grammes de chloroforme. Le mélange étant agité, prend une belle couleur jaune (Arch. de méd., nov. 1865). — Jaccoud a employé un procédé qu'il dit extrêmement sensible, et qui donne des résultats quand les autres procédés n'en fournissent pas. C'est une modification du procédé habituel avec l'acide azotique ordinaire, auquel il substitue l'acide azotique monohydraté fumant. Une seule goutte de cet acide ajouté avec une baguette de verre aux couches supérieures du liquide urinaire, dans le verre à expérience, gagne le fond entraînant avec elle une quantité de matière verte dont l'abondance est en raison directe de la proportion du pigment biliaire contenu dans l'urine. Si cela est nécessaire, une seconde goutte est ajoutée, sans que l'on soit jamais obligé de dépasser trois ou quatre gouttes. Si l'on en met davantage, on obtient une teinte d'un vert noir que l'on ramène à un belle couleur vert pré en ajoutant de l'eau (Clin. méd., 1868, p. 846). — Heller, qui a recours comme réactif à l'acide azotique ordinaire, ajoute d'abord une petite quantité d'albumine à l'urine, en couvre le fond d'une assiette blanche, et obtient des flocons verts élégants en y versant quelques gouttes d'acide azotique.

L'analyse chimique a appris que certaines substances introduites dans l'économie ne peuvent pas se retrouver dans l'urine ; que d'autres s'y retrouvent décomposées ; et enfin qu'il en est qu'on y constate en nature, comme les matières colorantes que j'ai rappelées précédemment. L'arsenic et l'antimoine (Orfila), le mercure (Cantu), l'iode, le fer, le plomb, le sulfate de quinine, sont éliminés par les urines.

Les traces de fer qui passent par l'urine chez les malades qui font usage de ferrugineux donnent une teinte noire au liquide urinaire, si on le traite par la noix de galle. — Pour la recherche du plomb, l'on fait d'abord prendre au sujet 25 à 30 centigrammes d'iodure de potassium trois fois par jour ; puis un morceau de sulfure de potassium, contenu dans un linge assez épais est laissé dans l'urine pendant cinq minutes. S'il existe du plomb dans le sang, il a été transformé en iodure de plomb par l'iodure de potassium et éliminé par les reins ; cet iodure de plomb, en contact avec le sulfure de potassium contenu dans l'urine est rapidement décomposé, et il se forme du sulfure de plomb noir insoluble qui reste dans le linge (Reeves, Austral. méd. Record, 1861). — Les iodures, comme l'iodure de potassium, se constatent en humectant avec l'urine du papier blanc collé, et en versant sur la couche de liquide une goutte d'acide nitrique qui s'empare de la potasse en mettant à nu l'iode qui produit une coloration bleue en se combinant avec l'amidon du papier. Degauquier (Bull. de Thérapeut., 1864) a signalé le sulfure de carbone comme le réactif le plus sensible de l'iode et des iodures contenus dans les liquides, et en particulier dans l'urine. Pour 5 grammes de liquide à analyser, on ajoute 2 à 5 gouttes d'un mélange composé de parties égales d'acide nitrique pur à 36°, et d'hypochlorite de chaux liquide concentré ; si le liquide est incolore et contient



un iodure, il prend une teinte jaunâtre. Et si ensuite on y verse 2 ou 3 grammes de sulfure de carbone, en agitant vivement le mélange, le liquide se trouble, pour peu qu'il contienne d'iode, et des gouttelettes rosées se rassemblent sur les parois du tube, puis gagnent le fond, où elles forment une couche plus ou moins épaisse. Le sulfate de quinine donne un précipité jaune orangé, couleur de cannelle, lorsqu'on traite l'urine par quelques gouttes d'iodure de potassium ioduré.

L'ébullition de l'urine avec des acides minéraux, mais surtout avec l'acide chlorhydrique, rend plus sensible ou révèle la coloration bleue de l'urine dont il a été question. Mais il suffit, selon Gubler, d'ajouter à l'urine de l'acide azotique goutte à goutte et en grande quantité pour produire cette coloration. — L'acide azotique suffit également pour obtenir, dans le cas de cancer mélanotique, le précipité noir dont il a été question.

L'ébullition et l'acide nitrique sont, comme il a été dit à propos de l'AMMONIAC (p. 27), les moyens de distinguer cette dernière des précipités salins, et par conséquent de constater la présence des carbonates, et des phosphates, et d'abondants chez les sujets atteints de RACHITISME ou d'OSTÉOMALACIE.

Traitée par l'éther, l'urine chyleuse ou laiteuse devient transparente, si cet état est dû à des matières grasses, comme c'est l'ordinaire; et si l'éther employé est soumis à l'évaporation sur un verre de montre, il y laisse déposer une quantité considérable de matière grasse (Rayer). — L'ammoniaque rend écarlate la couleur orange que la rhubarbe donne à l'urine; le même réactif produit une teinte pourpre s'il y existe des principes de la santoline et une teinte brune rougeâtre si c'est du séné.

**URTICAIRE.** — L'urticaire est un exanthème qui présente les caractères suivants :

1° *Éléments du diagnostic.* — Tantôt il y a absence de fièvre initiale, et tantôt le début est marqué par quelques heures ou quelques jours de symptômes fébriles, avec douleurs épigastriques, nausées, lypothymies; puis on voit survenir des démangeaisons, parfois insupportables, et une éruption caractérisée par des plaques saillantes, irrégulières, d'étendue variable, à bords toujours arrondis, durs et bien limités. Tantôt elles sont roses ou rouges, tantôt plus pâles que la peau environnante, isolées ou confluentes, et elles occupent diverses parties du corps ou presque toute l'étendue du tégument, parfois même la muqueuse buccale (Koch, Lasègue). La durée de cette éruption est communément de quelques minutes ou de quelques heures, et son apparition peut se faire irrégulièrement dans un point, puis dans un autre. Quelquefois il y a, à son niveau, ou au niveau des articulations, un gonflement qui gêne les mouvements. D'autres fois il se joint de l'érythème à l'urticaire, et il en résulte une desquamation que l'urticaire ne produit pas par elle-même.

2° *Inductions diagnostiques.* — Il n'y a pas d'éruption qui puisse se confondre avec l'urticaire; il faut observer bien légèrement pour prendre cette affection pour une rougeole, ainsi que j'en ai vu un exemple. On doit, en outre des caractères propres à l'éruption, tenir compte de l'évolution et des conditions étiologiques de l'urticaire, qui sont bien de nature à confirmer le diagnostic.

L'urticaire peut débiter par la peau, ou par les muqueuses, d'où l'urticaire gutturale de Lasègue (*Traité des angines*, 1868). Sensation de sécheresse brûlante à la gorge, rougeur ardente de la muqueuse, déglutition modérément douloureuse : tels sont les symptômes qu'il lui assigne. Il survient plus tard des troubles gastriques, qui seraient la conséquence d'une propagation de l'angémasie à l'œsophage et à l'estomac, de même qu'elle peut s'étendre au nez.



aux yeux, et au larynx, où elle détermine des petites quintes de toux sèche. Quand l'urticaire débute par la peau, elle s'étend ensuite rarement aux muqueuses.

On rencontre cette affection principalement chez les enfants, les jeunes gens et les femmes, surtout lorsque la peau est si fine et si délicate qu'il suffit d'un frottement un peu fort, ou d'une piqûre de puce, comme je l'ai plusieurs fois observé, pour produire des plaques d'urticaire. Le printemps et l'été semblent favoriser son apparition ; mais les causes les plus ordinaires sont l'ingestion de certains aliments : viande de porc, champignons, amandes, miel, concombres et surtout, chez des individus prédisposés, des moules, des écrevisses, du homard, et les œufs de certains poissons. L'ingestion de l'opium est quelquefois suivie d'urticaire. Enfin le contact des feuilles de l'ortie dioïque et celui de certaines chenilles produisent aussi une urticaire locale et éphémère. Scanzoni a vu deux fois, chez une dame âgée de 34 ans, une application de sangsues sur le col utérin être immédiatement suivie de fièvre avec délire, et, une demi-heure après, d'une éruption d'urticaire qui persista pendant deux jours, et fut suivie de desquamation.

Il faut aussi tenir compte, pour le diagnostic, des formes différentes que peut présenter cette affection. — Elle peut être *intermittente*, soit par le retour périodique des plaques, comme H. Bourdon, avec d'autres observateurs, en a rencontré un exemple (*Soc. méd. des hôp.*, 1866), soit parce que ce retour coïncide simplement avec des accès de fièvre intermittente. — Trousseau a connu une jeune femme de vingt ans qui, pendant la période d'invasion d'une fièvre urticaire, avait été prise d'accidents nerveux de la plus grande gravité ; elle était frappée d'une profonde stupeur, avec paralysie des extrémités inférieures, et anesthésie (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I). — On a appelé *urticaria tuberosa* une espèce d'urticaire plus grave, dont la marche est chronique et la durée parfois de plusieurs années. L'éruption est ici constituée, non par de simples plaques superficielles, mais par des *nodosités* que l'on sent occuper le derme, et qui occasionnent une gêne et une tension considérables, avec fièvre intense et de l'abattement. Dans des cas rares même, aux indurations se joignent des *ecchymoses*, un *gonflement énorme*, une *gêne extrême des mouvements*, de l'*agitation*, de la *suffocation*. — L'urticaire dite *evanida* a aussi une marche chronique, ordinairement de deux mois environ ; les *plaques*, irrégulières et ordinairement allongées, se montrent et disparaissent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Graves a signalé (comme je l'ai indiqué déjà à propos de l'HÉPATITE et de l'ARTHRITE) la coïncidence de l'urticaire avec ces affections ; cette triple coïncidence ne serait pas très-rare, selon Graves, qui l'aurait observée huit ou neuf fois. L'urticaire complique quelquefois le *lichen*, ou plutôt ajoute son éruption à celle du lichen ; il en résulte des papules arrondies, bien moins étendues que dans l'urticaire simple, moins saillantes, plus foncées en couleur, et beaucoup plus résistantes sous le doigt. Aux environs, on trouve ordinairement les véritables papules du lichen. — La marche aiguë de l'érythème noueux ne permettra pas, comme le fait remarquer Cazenave, de confondre cette affection avec l'*urticaria tuberosa*, qui est chronique.

3° *Pronostic*. — On n'a pas cité de cas de mort comme conséquence de l'urticaire. La forme aiguë est éphémère et bénigne, incommode seulement par le prurit momentané qu'elle occasionne. Les formes chroniques sont surtout pénibles par leur persistance et par les accidents plus graves qui peuvent quelquefois survenir, et que j'ai signalés plus haut.

**UTÉRUS. — UTÉRIN** (Système ou appareil). — A propos des DÉVIA-

TIONS UTÉRINES et des TUMEURS, j'ai rappelé quelle était la position dans le bassin, et les déplacements ainsi que l'extension considérable qu'il pouvait subir. Je n'y reviendrai donc pas dans cet article.

1<sup>re</sup> *Maladies.* — Il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'avoir une nomenclature satisfaisante des affections utérines. Cela tient à ce que l'utérus est annexé plusieurs organes, les trompes, les ligaments, les ovaires, le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal, et que les affections s'étendent facilement aux autres. C'est ce qui explique l'opinion de plusieurs auteurs qui ont combattu la distinction trop anatomique des maladies utérines dans les Traités de pathologie, et qui ont insisté sur la fréquence de la coexistence des altérations des annexes (F. Siredey et Em. Tillot, *Thèses de doc. m.*).

Cependant la CONGESTION de l'utérus, la *métrorrhagie*, les *inflammations* (*MÉTRITE*), le *cancer*, la *névralgie*, et la *rupture* de l'organe, l'*altération hypertrophique* de son col, si bien étudié et décrit par Huguier (*Mém. à l'Acad. de méd.*, 1859), sont autant de maladies que l'on peut ne pas considérer exactement de la même manière, mais qui n'en sont pas moins liées à des espèces nosologiques distinctes et indispensables à admettre pour la pratique. Malgré les dissidences qu'elles ont suscitées, les *déviation pathologiques* de l'utérus doivent aussi y prendre place. Les *granulations*, les *érosions*, les *ulcérations* diverses constituent plutôt de simples signes que des maladies distinctes, de même que l'*aménorrhée* et la *dysménorrhée*. Quant à la *physométrie* et à l'*hydrométrie*, ce sont des affections exceptionnelles, qui n'en doivent pas moins être rappelées à la suite des précédentes. On a donné le nom de *rhumatisme* de l'utérus à une affection très-douloureuse de cet organe pendant la grossesse et l'accouchement, qui ne me paraît être que de l'*hystéralgie*.

D'après ce que j'ai dit de la connexion des organes de l'appareil utérin, il faudrait chercher le complément des maladies utérines aux mots *névralgies intra-péritonéales* (p. 504), *PHLEGMONS péri-utérins*, *GROSSESSE extra-utérine*, *PÉRITONITE*, *OVARITE*, etc.

2<sup>o</sup> *Symptômes.* — En raison de ce que je viens de dire de la complexité des affections au milieu desquelles se trouvent anatomiquement englobées les maladies utérines, on conçoit qu'il ne soit pas toujours facile de distinguer le point de départ des douleurs qui siègent véritablement au niveau de l'utérus. En effet, elles peuvent occuper non-seulement l'hypogastre ou le fond du bassin, le fond du vagin, mais encore, ainsi que l'a fait Aran (*Leçons sur les maladies de l'utérus*), simplement les côtes du ventre, où elles sont dénommées à tort ovariques, ou bien les régions lombaires ou sacrées (lombo-abdominales), et s'étendre aux hanches, aux cuisses, et même jusqu'à la région épigastrique. Elles peuvent produire un sentiment de défaillance et un besoin de repos. Les douleurs utérines peuvent augmenter par l'acte du coït, le mouvement menstruel, par la marche, la constipation et l'exploration.

Comme autres symptômes des affections utérines, on a cité la *congestion vulvaire* simple, l'*irrégularité des règles* quant à leur abondance, leur date, leur durée, leur mode d'apparition; la *répugnance pour les rapports* sexuels.

Comme symptômes de voisinage, on a cité les *écoulements* de sérosité, de muco-pur, de sang, de pus, de mucus, de mucus inolentes plus ou moins abondantes; les *névralgies* des cuisses, des jambes, des bras.

Comme symptômes des douleurs lancinantes, on a cité les *névralgies* du col, du vagin, du périnée.

Comme symptômes de voisinage, on a cité les *névralgies* du col, du vagin, du périnée, la miction douloureuse, des urines



le sels; une constipation opiniâtre. — Enfin un aspect particulier de la dit *facies utérin* (Voy. FACE), des troubles *dyspeptiques* (Willemin), *anémie* et l'*amaigrissement*, ou au contraire l'*obésité*, des *névralgies* *sièges* au niveau du bassin (névralgie lombo-abdominale) ou dans des régions *supérieures* (tête, poitrine), et surtout la *névralgie dorso-intercostale gauche*, et rarement la *migraine*, des accidents *hystériques*, et enfin des *paralysies* des membres inférieurs et autres (Voy. PARALYSIES réflexes, p. 726) dont l'origine *utérine* n'est pas parfaitement démontrée; tels sont encore les phénomènes *symptomatiques* que l'on a rapportés aux affections de l'utérus.

3° *Exploration*. — L'exploration de l'appareil utérin empêche souvent des erreurs de diagnostic qui seraient inévitables si l'on basait uniquement ses inductions sur les symptômes. C'est un sujet qui a été traité avec soin par Fleetwood Churchill dans son important *Traité des maladies des femmes* (trad. par Deland et Dubrisay, 1866).

L'*inspection* des régions inférieures de l'abdomen, qui peuvent être saillantes à la suite du développement de l'utérus, le *TOUCHER vaginal* et rectal, la *palpation* abdominale, l'application du *SPÉCULUM*, le *cathétérisme utérin*: tels sont les moyens explorateurs de l'utérus. Il faut y joindre la *percussion*, l'*auscultation* et le *cathétérisme vésical*, lorsque l'utérus forme une tumeur qui envahit entièrement l'abdomen.

— *Toucher vaginal*. C'est sans contredit le moyen d'exploration le plus important, non-seulement par la facilité de son emploi, qui n'oblige pas à dénuder la femme, mais encore par les résultats cliniques qu'il procure. On pratique avec l'indicateur (préalablement enduit d'un corps gras), soit seul, ou en lui adjoignant le médius qui permet d'atteindre à une profondeur plus grande d'un centimètre. On a soin, pour pénétrer dans le vagin, de chercher d'abord la partie postérieure de la grande lèvre, qui est au niveau de l'orifice vaginal, afin d'éviter le contact du clitoris ou de l'anus. Pour cette exploration, la femme est debout, ce qui est toujours préférable, ou bien elle est couchée. Dans ce dernier cas, Aran conseille de passer la main qui explore sous la cuisse correspondante de la femme. Lisfranc a donné aussi le bon conseil de toucher les femmes debout en les engageant à faire des efforts, si l'on veut aller plus profondément, ce qui est nécessaire principalement chez les femmes atteintes d'embonpoint. Le toucher vaginal ne se pratique guère que sur les femmes déflorées. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, et lorsque l'exploration est jugée absolument nécessaire, par suite de la gravité d'une affection, que l'on ne peut rapporter par voie d'exclusion qu'à l'utérus, qu'il faut se décider à y avoir recours chez les vierges. Hors de cette condition, il faut soigneusement s'abstenir si l'on rencontre la membrane hymen. Lorsque le toucher est jugé indispensable, on doit faire pénétrer l'indicateur pendant que les cuisses sont rapprochées autant que possible (Aran), pour éviter la tension du repli falciforme qui constitue le plus souvent l'hymen.

Le col vaginal est très-petit, et conique à base supérieure. Chez la femme qui a des enfants, il est devenu cylindrique, si même il n'a pris la forme d'un cône à base inférieure; il est divisé en deux lèvres, la postérieure plus longue que l'antérieure; et sa fente transversale, plus ou moins béante, est quelquefois même déchirée à ses extrémités (Aran).

Dans l'état sain, le doigt arrivé au col de l'utérus rencontre d'abord la lèvre antérieure, puis immédiatement au-dessous, l'ouverture transversale du col, et derrière la lèvre postérieure. En avant du col on peut suivre sa face antérieure jusqu'au cul-de-sac antérieur du vagin, où l'on peut sentir un peu le

corps de l'utérus lui-même, dont la face antérieure se dirige obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. En arrière du col, le doigt rencontre le cul-de-sac postérieur du vagin, où l'on ne peut atteindre plus loin que la réunion du col et du corps. Les parois du vagin présentent : antérieurement, la résistance molle de l'intestin, ou la fluctuation de la vessie distendue, qui peut, dans certains cas, gêner l'exploration et nécessiter l'expulsion préalable de l'urine soit par la miction, soit par le cathétérisme, si la miction est impossible; vers la paroi postérieure du vagin, on sent souvent des inégalités noueuses dues à la présence de matières fécales, au lieu de la mollesse particulière à l'intestin; enfin, c'est sur les côtés que l'on constate les phlegmons du ligament large (p. 713). J'ai rappelés ailleurs les changements que présente la position de l'utérus au toucher, lorsqu'il a subi un déplacement physiologique ou pathologique (*Voy. DÉVIATIONS UTÉRINES*). J'ajouterai, avec Valleix, que le toucher permet encore de constater l'état du col, son volume, sa consistance, sa température, sa conformation extérieure, s'il présente ou non des granulations ou des ulcérations, si son ouverture est régulière ou non, si l'utérus est mobile et se meut facilement, si les tissus qui l'environnent sont souples, s'il n'a pas contracté d'adhérences anormales avec les parties voisines, s'il ne plie pas quand on veut le déplacer, si n'est pas plus lourd qu'il ne devrait l'être. Il est très-important de chercher à saisir avec l'autre main le fond de l'organe à travers la paroi abdominale, pendant que le doigt introduit dans le vagin soulève le col, ce qui aide à apprécier le volume de l'utérus et aussi sa direction. Enfin le toucher sert aussi à pratiquer le **BALLOTTEMENT**.

b. — Le *toucher rectal* offre l'avantage de permettre l'exploration de la partie postérieure de l'utérus à une plus grande hauteur que par le *toucher vaginal*, mais il est bien moins utile que le *toucher vaginal*. On ne peut admettre Aran qu'il faut y procéder après le *toucher vaginal* si on le juge nécessaire, *pour en prévenir la malade*. Après que le rectum a été débarrassé par un lavement des matières fécales qui peuvent y être amassées, la femme doit être couchée sur le dos, et le doigt, arrivé à une profondeur de 3 à 4 centimètres et après avoir franchi le sphincter, reconnaît en avant une espèce de tumeur résistante et arrondie : c'est le col de l'utérus, qui est d'autant plus saillant qu'il est dirigé plus en arrière et en bas. Au-dessus de ce point, on rencontre le corps de la matrice, que l'on ne peut parcourir en entier que dans les cas de rétroversion; on facilite cette exploration du corps utérin en le refoulant, si cela est possible, avec la main placée à l'hypogastre; on peut aussi explorer par le rectum les faces latérales de l'utérus, et les parties voisines, les ligaments larges, les trompes, les ovaires.

Quant à la combinaison du *toucher rectal* et *vaginal* proposée par Récamier, qui la pratiquait en introduisant à la fois l'index dans le rectum et le petit doigt dans le vagin de manière à juger de l'état de la cloison recto-vaginale, elle ne fournit que des résultats insignifiants, et qui ne sont nullement en rapport avec la répugnance que le procédé provoque chez les femmes.

c. — L'emploi du *spéculum* dont il a été question ailleurs (*Voy. DÉVIATIONS UTÉRINES ET SPÉCULUM*), offre quelquefois des difficultés. La contraction de la vulve, la saillie de la partie antérieure du périnée, ou la situation exagérée de la vulve en arrière, par suite de la conformation de la symphyse pelvienne, sont des conditions défavorables. On surmonte la contraction vulvaire en pénétrant lentement; et les autres obstacles, en déprimant le bord postérieur de la vulve, ou en soulevant le siège. Mais une des plus grandes difficultés est celle d'embrasser le col avec l'extrémité du spéculum. Valleix a signalé l'existence des déviations utérines comme la principale cause de cette difficulté (*Guide du mé-*



st-at.), et il insiste sur l'inutilité des manœuvres irrégulières qui ont pour but de saisir le col d'emblée. Il recommande une chose essentielle, et sur laquelle on ne saurait trop insister, celle de maintenir au milieu même du champ du spéculum, et à mesure qu'il pénètre dans le vagin, le centre de l'espèce de passage due au froncement de la muqueuse qui s'y déplisse; on reste ainsi forcé-ment dans l'axe même du vagin, et l'on arrive nécessairement à découvrir le col lui-même, dans sa position normale, montre principalement sa lèvre antérieure et son orifice un peu en arrière. Il y a nécessairement une déviation si le col se présente autrement.

d. — Le cathétérisme utérin avec la sonde utérine est admis dans la pratique, depuis que deux médecins étrangers, Kiwisch et Simpson, en ont préconisé l'emploi, et surtout depuis que, parmi nous, Huguier et Valleix ont modifié la forme et montré les avantages de l'instrument. La sonde de Valleix est une tige métallique arrondie, de 15 à 16 centimètres de longueur, graduée par centimètres, incurvée à son extrémité libre qui présente un léger renflement olivaire, et fixée dans un manche aplati; une encoche pratiquée à six centimètres et demi de l'extrémité, et que l'on suit facilement avec le doigt pendant l'introduction de l'instrument, sert à indiquer la moyenne de la profondeur de l'utérus.

Cette sonde, introduite dans la cavité utérine, fournit des données utiles au diagnostic. Elle fait connaître la capacité intérieure de l'organe, et par suite son volume, lorsqu'il n'est pas assez développé pour dépasser supérieurement le pubis. Elle indique aussi la direction de son axe longitudinal, et par conséquent ses déviations. Pour se servir de la sonde utérine, Valleix, à qui cette sorte de cathétérisme était si familière, faisait glisser le bec de l'instrument (la concavité de la courbure en avant) sur l'indicateur de la main gauche, préalablement introduit dans le vagin, et dont il fixait l'extrémité sur l'ouverture du col. Une fois la sonde arrivée dans la cavité du col, ce qui n'est difficile ou impossible que dans les cas exceptionnels où l'ouverture est très-rétrécie, il la dirigeait suivant l'axe du détroit supérieur du bassin, lui imprimait de légers mouvements pour dépasser les replis valvulaires de l'intérieur du col, et arrivait à son orifice interne qui est parfois rétréci, et même contracturé suivant Aran. Il ne faut pas chercher à surmonter immédiatement ces difficultés; en attendant un moment, comme pour le cathétérisme de la vessie, le spasme cesse parfois rapidement; mais d'autres fois, l'obstacle persiste, et alors il faut attendre au lendemain, la pénétration se faisant ensuite avec facilité. Aran conseille, dans les cas difficiles les plus rebelles, d'opérer immédiatement après les règles, alors que l'orifice interne du col est momentanément élargi. Ordinairement, la sensation d'une résistance vaincue marque le moment où la sonde passe de la cavité du col dans la cavité du corps de l'utérus, et une sensation douloureuse ou désagréable accusée par la malade annonce ordinairement que la sonde touche le fond de l'organe. On maintient alors appliquée l'extrémité de l'indicateur gauche sur la tige au niveau de l'orifice du col, en même temps que l'on retire la sonde, et l'on voit à combien de centimètres de profondeur cette sonde a pénétré, c'est-à-dire les dimensions intérieures de l'utérus (Valleix). On reconnaît que l'organe est dévié de sa position la plus ordinaire aux différentes directions que l'on doit donner à la tige de l'instrument pour le faire pénétrer avec facilité (*Voy. DÉVIATIONS UTÉRINES*).

Le cathétérisme utérin doit être employé avec de grandes précautions et avec une extrême prudence, car il peut occasionner des accidents; heureusement ils sont rares. D'abord son emploi peut avoir une très-grave conséquence : celle de provoquer quelquefois l'avortement, lorsqu'il existe une grossesse ignorée. Il

faut donc bien se garder, dans les cas d'aménorrhée accidentelle, de se laisser aller à croire, malgré les affirmations réitérées des malades, qu'elles ne sont nullement exposées à devenir grosses. Il peut arriver aussi, dans des cas analogues, que des règles suspendues soient accusées comme régulières, ou bien que les règles soient réellement régulières et qu'une fécondation de quelques semaines ait eu lieu. Comment éviter de provoquer l'avortement en pareils cas? En se préoccupant surtout de la régularité et de l'abondance des règles, dit Aran. Mais précisément le danger est dans la difficulté de savoir à quoi s'en tenir sur ce point, non dans un hôpital, où les malades peuvent être très-bien surveillés sous ce rapport, mais en ville et dans les consultations de cabinet, où la constatation est impossible, et où l'erreur serait souvent impossible à éviter. Aran a avoué qu'une fois il a eu ce malheur.

On ne saurait donc trop se tenir sur la réserve, ni rechercher avec trop de soins la vérité relativement aux époques menstruelles. On devrait, dans les cas de doute, rechercher avec attention tous les signes de la grossesse au niveau de l'utérus ou des mamelles (*Voy.* p. 466), et ne pratiquer le cathétérisme utérin qu'immédiatement à la suite des règles, en faisant croire à la malade que c'est le seul moment favorable à cette exploration. Des douleurs plus ou moins vives mais cédant rapidement au repos, l'écoulement d'une petite quantité de sang, l'inflammation de l'utérus, la péritonite, et même la perforation de cet organe ont encore été observées comme complications du cathétérisme utérin. C'est aussi l'avis du professeur Scanzoni. Cependant il faut se garder d'exagérer les choses en attribuant à l'usage de la sonde des accidents qui peuvent lui être étrangers. Quant à la perforation de l'utérus, elle était évidemment due à l'emploi de cet instrument dans les faits où elle s'est produite. Suivant Aran, cette lésion serait plus effrayante que véritablement grave, et le repos seul amènerait la cicatrisation, ce qui sera difficilement admis. Il ne faut pas oublier que, dans certaines leucorrhées anciennes, on a signalé un amincissement des parois de l'utérus qui peut en faciliter la perforation avec la sonde.

La *percussion* et l'*auscultation* sont applicables à certaines affections utérines avec développement plus ou moins considérable de l'organe vers l'abdomen, et on les emploie dans le but de distinguer ces affections d'une grossesse.

Selon Depaul, à qui l'on doit un traité si complet d'*auscultation obstétricale* (1847), les données fournies par ce moyen d'exploration dans le cours de la grossesse sont : 1° le souffle utérin; 2° les battements du cœur fœtal; 3° un bruit de souffle fœtal; 4° des bruits résultant des mouvements actifs du fœtus. On peut résumer ainsi qu'il suit (seulement au point de vue du diagnostic de la grossesse) les résultats de son observation à cet égard. — Le *souffle* qu'il appelle *utérin* se passe dans les artères utérines et peut être entendu dans toutes les parties de l'utérus; il est très-variable dans son timbre, son siège, etc., et il peut être perçu à partir de la dixième semaine; mais il se rencontre dans les cas de développement de l'utérus par toute autre cause que le produit de la conception. — Les *battements du cœur du fœtus* constituent deux battements distincts, en général sans mélange de souffle, et qui ont une fréquence toujours supérieure à celle de la circulation maternelle (*Voy.* p. 468); il est impossible de les confondre avec aucun des autres bruits abdominaux; il est très-commun de les entendre à quatre mois, et leur intensité va en augmentant jusqu'à la fin de la grossesse. Ce signe précieux, dont le siège au niveau de l'utérus développé varie selon l'époque de la gestation, et surtout selon la situation du fœtus, donne la certitude de l'existence de la grossesse et de la vie du produit de la conception. — Quant au bruit de souffle fœtal, et aux bruits qui sont la conséquence

Les **mouvements actifs du fœtus**, ils n'ont qu'une valeur très-secondaire relativement aux doubles battements du cœur du fœtus, constituant le signe stéthoscopique pathognomonique de la grossesse.

**VAGIN.** — Le vagin présente peu d'affections qui lui soient particulières, en dehors de celles qui sont du domaine de la chirurgie. On y constate la *vaginite*, la *BLENNORRHAGIE*, des *CHANCRES*, des écoulements sanguins ou *thrombus* qui surviennent principalement chez les femmes enceintes, de même que la *vaginite chronique granuleuse* qui a été décrite par Deville et qui est caractérisée par des granulations rouges, assez volumineuses, indolentes, éparses ou confluentes, et par un écoulement purulent. Le vagin peut d'ailleurs être entraîné par les affections de l'utérus ou du bassin.

C'est à l'aide du **TOUCHER** et du **SPÉCULUM** que l'on peut explorer le vagin et constater les signes dont il est le siège. C'est ainsi que l'on a pu reconnaître au niveau de la muqueuse vaginale des colorations particulières dont on a cru à tort pouvoir tirer parti pour le diagnostic.

On a vu, dans des cas de conservation de l'hymen, à la suite de rapports sexuels, le canal de l'urètre, graduellement dilaté par le pénis, remplacer le vagin. Il est inutile d'insister sur les erreurs que cette condition peut entraîner, si elle reste méconnue du médecin.

**VAGINISME.** — Ce mot a été proposé par Marion Sims pour désigner l'atréisie vulvaire avec l'hyperesthésie qui l'accompagne. L'atréisie vulvaire, consistant principalement dans la contracture du sphincter du vagin, et empêchant la copulation, a été décrite par Michon (*Bull. de thérapeut.*, 1861). Cette affection peut être très-rebelle aux traitements les plus variés, puisque Caffé a vu une femme de 25 ans, mariée depuis plus de trois années, et qui n'avait jamais pu consommer l'acte du mariage, malgré l'absence de l'hymen, de fissure et de toute lésion locale (*Union méd.*, 1866).

**VAGINITE.** — Voy. *BLENNORRHAGIE*.

**VALVULES DU CŒUR.** — Voy. *SOUFFLES*.

**VARICELLE.** — Voy. *VARIOLIQUES (Maladies)*.

**VARICES.** — Les varices sous-muqueuses des organes internes intéressent le praticien en raison des hémorrhagies d'abord inexplicables qu'elles produisent, à moins qu'elles ne soient visibles dans la bouche ou dans le pharynx. Il se développe quelquefois dans l'œsophage des varicosités d'où peuvent résulter des hémorrhagies foudroyantes simulant des hématomésés (*Voy. HÉMORRHAGIES*). Ces varices internes sont trop peu connues.

**VARIOLIQUES (Maladies).** — Je ne rappellerai pas les discussions qui ont eu lieu sur les différences de nature des affections varioliques. On doit admettre qu'il y a *variole* quand la maladie est complète et s'accompagne de la suppuration des pustules; *varioloïde*, si cette suppuration manque; *varicelle*, lorsqu'il ne survient que quelques vésicules disséminées sans troubles généraux sensibles.

**1<sup>o</sup> Éléments du diagnostic.** — La variole présente d'abord une incubation, qui, d'après des faits assez nombreux et parfaitement probants observés par Laboulbène, dure douze à quatorze jours au moins pour les adultes (*Soc. méd. des hôpit.*, 1868). La maladie régulière comprend quatre périodes d'invasion, d'éruption, de suppuration et de dessiccation.

L'invasion est marquée par des symptômes fébriles variés : tantôt frissons répétés, tantôt absence de frissons; chaleur plus ou moins vive, sécheresse de la peau, fréquence du pouls; chez quelques sujets, vomissements, constipation, rarement de la diarrhée; abattement général avec douleurs contusives, cépha-



*algie* prononcée, *agitation*, *insomnie*, parfois *délire*, ou bien *somnolence*, rarement *convulsions* locales ou générales; souvent *douleur lombaire*, parfois *douleur abdominale* vive; *douleurs thoraciques* vagues et même *pharygiennes*; assez rarement on observe les symptômes d'un *coryza* avec larmoiement, de l'oppression et de la dyspnée.

Après deux ou trois jours de ces prodromes, une éruption papuleuse rouge, plus ou moins abondante, se montre, d'abord à la face, où elle est plus prononcée, pour s'étendre ensuite au cou, au tronc et aux membres; cependant on voit débiter aussi quelquefois au niveau des reins, des fesses, ou autour des ulcérations qui peuvent exister à la peau. Dès le lendemain ou le surlendemain, chaque tache devient vésiculeuse à son centre, qui contient un liquide séreux, puis il se forme de véritables pustules plus saillantes, par la transformation de la sérosité en liquide trouble et d'un blanc jaunâtre. Ces pustules se dépriment et s'ombiliquent à leur centre, et elles se développent pendant trois ou quatre jours; elles deviennent dures au toucher, et s'environnent d'un cercle rougeâtre. Du quatrième au septième jour de l'éruption, elles deviennent hémisphériques, le pus qu'elles contiennent prend plus de consistance, l'aréole inflammatoire se dessine davantage; en même temps le tissu cellulaire sous-cutané se tuméfie, d'abord à la face, aux paupières, aux lèvres, une salivation abondante se manifeste, et, au huitième jour, l'éruption arrive à son summum d'intensité, tandis que la tuméfaction se manifeste aux mains et aux parties génitales. Dès le début, des vésicules se développent à l'isthme du gosier et à la voûte palatine (en produisant une dysphagie douloureuse), et il peut également en survenir au niveau de la muqueuse du larynx, de la conjonctive, du prépuce ou de la vulve.

Les phénomènes fébriles, qui étaient diminués ou disparus une fois l'éruption survenue, reparaissent du huitième au dixième jour et constituent la fièvre dite *secondaire* ou de *suppuration*, qui dure seulement quelques jours, et qui est assimilée par des auteurs à la fièvre traumatique.

La dessiccation des pustules commence du neuvième au dixième jour, aussitôt après la diminution du gonflement, et elle se fait dans l'ordre d'apparition des pustules, dont le liquide se dessèche en croûtes jaunâtres, noires ou verdâtres. Leur chute laisse des taches d'un rouge brun, qui persistent parfois plusieurs mois, avec ou sans cicatrices creuses indélébiles, suivant l'existence ou l'absence de la suppuration. La dessiccation a lieu au tronc et aux membres quelques jours plus tard qu'à la face. Les pustules des muqueuses disparaissent par résolution.

La varioloïde, appelée aussi *fausse variole*, *variole bâtarde*, *adulterine*, *vaccinique*, *mitigée*, *varicelle pustuleuse*, etc., est souvent remarquable par la bénignité de ses symptômes et la rapidité de sa marche, dont la durée n'est que de six à douze jours. Elle se montre principalement chez les sujets déjà vaccinés. La période d'invasion est très-légère et manque quelquefois; l'éruption est ordinairement caractérisée par un nombre discret de pustules, par leur petit volume, leur prompt développement, leur forme acuminée ou aplatie, et surtout par l'absence de la fièvre secondaire ou de suppuration, et par la prompt dessiccation des vésicules ou des pustules. Celles-ci, après être parvenues à leur entier développement en deux à quatre jours, se dessèchent du jour au lendemain, et forment une croûte qui ne tarde pas à tomber, sans laisser de cicatrice.

La *varicelle*, dont l'évolution est de huit ou neuf jours, est considérée généralement comme une variole modifiée qui, ainsi que la varioloïde, se remarque principalement chez les sujets vaccinés. Trousseau qui fait de la varicelle une

affection à part, est allé trop loin en disant que la varicelle est aussi étrangère à la varioloïde que la rougeole l'est à la variole. Les prodromes de la varicelle sont d'ordinaire très-légers ou nuls, mais l'éruption présente plusieurs variétés : 1° la *varicelle à petites vésicules* (*chicken-pox* des Anglais), à vésicules petites, acuminées ou aplaties, à liquide transparent, puis lactescent après deux ou trois jours, avec de la démangeaison, et la dessiccation se faisant au bout de six ou sept jours par de légères écailles brunâtres; 2° la *varicelle à vésicule globuleuse* (*swine-pox*), ne différant de la précédente que par le développement semi-sphérique des vésicules, qui se remplissent promptement d'une assez grande quantité de fluide; 3° la *varicelle verruqueuse* ou *papuleuse* (*varicella solidescens*), qui a bien moins d'importance que les deux précédentes.

La variole peut être irrégulière ou compliquée, et présenter encore d'autres éléments de diagnostic dont il sera question plus loin.

2° *Inductions diagnostiques.* — Si j'ai longuement rappelé les éléments symptomatiques de la variole simple et régulière, c'est que la seule constatation de ces caractères suffit presque toujours au diagnostic. Ce n'est qu'au début que le diagnostic peut présenter des difficultés.

Pendant la *période d'invasion*, ces difficultés sont réelles, parce que l'on ne retrouve pas ici, comme dans la plupart des cas de rougeole et de scarlatine, des symptômes prodromiques caractéristiques. Les douleurs lombaires ont sans doute une certaine valeur, parce qu'on les retrouve bien plus fréquemment dans la variole que dans les autres fièvres éruptives, mais comme elles peuvent exister dans ces fièvres et dans d'autres affections aiguës, ainsi qu'on le constate tous les jours, leur valeur est loin d'être absolue. On a signalé aussi l'absence des cicatrices vaccinales comme pouvant démontrer en pareils cas que le malade est plus exposé qu'un autre à contracter la variole; mais cette particularité ne peut fournir qu'une vague probabilité que les phénomènes généraux et les douleurs lombaires se rapportent au début d'une variole, à moins qu'il n'existe une épidémie de cette maladie. Trousseau a vu la rachialgie, ou douleur lombaire, s'accompagner de paraplégie. J'ai rencontré un fait de variole dans lequel, avec la douleur des lombes, coïncidait une rétraction douloureuse du testicule (*Voy. CONGESTION des reins*, p. 229). Ces particularités, qui peuvent se représenter, sont utiles à connaître pour le diagnostic.

Dès que l'éruption a paru, il ne saurait y avoir de sérieuses difficultés de diagnostic que dans les cas où il n'existe encore que des papules. J'ai vu entrer à l'hôpital deux malades atteints d'une fièvre typhoïde avec éruption de *taches rosées lenticulaires* nombreuses, envahissant même le visage, et qui furent considérés, dans un concours clinique, comme atteints de variole discrète au début de l'éruption; les symptômes généraux existants, qu'on ne pouvait expliquer par une lésion locale, avaient favorisé l'erreur, qu'un examen suffisamment prolongé eût pu cependant faire éviter. Les papules de la *rougeole* dite *boutonneuse* pourraient aussi être confondues avec celles de la variole, et réciproquement. Dans ces différentes conditions, l'examen du pharynx, qui offre souvent des vésicules précoces dans les cas de variole, lève ordinairement les doutes (*Voy. p. 807, c.*).

Lorsque la variole est reconnue au début de l'éruption, et si la fièvre est intense, peut-on prévoir que l'on aura affaire à une variole avec fièvre secondaire et suppuration des pustules, ou bien à une simple varioloïde? Dans la plupart des cas, l'existence des cicatrices vaccinales vraies devra bien faire penser qu'il s'agit d'une simple varioloïde; mais cette constatation ne devra pas faire rejeter absolument l'existence d'une variole grave. Il y a plus : il peut se



*algie* prononcée, *agitation*, *insomnie*, parfois rarement *convulsions* locales ou générales; *sou* *douleur abdominale* vive; *douleurs thoraciq* *giennes*; assez rarement on observe les symptôme  
ment, de l'oppression et de la dyspnée.

Après deux ou trois jours de ces prodromes, plus ou moins abondante, se montre, d'abord à cée, pour s'étendre ensuite au cou, au tronc et voit débiter aussi quelquefois au niveau des *re* *ulcérations* qui peuvent exister à la peau. Dès le chaque tache devient vésiculeuse à son centre, puis il se forme de véritables pustules plus saill la sérosité en liquide trouble et d'un blanc jaun et s'*ombiliquent* à leur centre, et elles se déve jours; elles deviennent dures au toucher, et s'env Du quatrième au septième jour de l'éruption, el le pus qu'elles contiennent prend plus de consis dessine davantage; en même temps le *tissu cell* d'abord à la *face*, aux *paupières*, aux *lèvres*, manifeste, et, au huitième jour, l'éruption arrive dis que la tuméfaction se manifeste aux *main* *s* début, des vésicules se développent à l'isthme (en produisant une dysphagie douloureuse), et au niveau de la muqueuse du larynx, de la co vulve.

Les phénomènes fébriles, qui étaient diminués survenue, reparaissent du huitième au dixième j *secondaire* ou de *suppuration*, qui dure seule assimilée par des auteurs à la fièvre traumatiqu

La *dessiccation* des pustules commence du sitôt après la diminution du gonflement, et elle des pustules, dont le liquide se dessèche en cro dâtres. Leur chute laisse des taches d'un roug plusieurs mois, avec ou sans *cicatrices* creuses ou l'absence de la suppuration. La dessiccation quelques jours plus tard qu'à la face. Les pustul par résolution.

La varioloïde, appelée aussi *fausse variole*, *vaccinique*, *mitigée*, *varicelle pustuleuse*, etc la bénignité de ses symptômes et la rapidité de que de six à douze jours. Elle se montre princip cinés. La période d'invasion est très-légère et est ordinairement caractérisée par un nombre di volume, leur prompt développement, leur forme par l'*absence de la fièvre secondaire* ou de s dessiccation des vésicules ou des pustules. Celle entier développement en deux à quatre jours, s main, et forment une croûte qui ne tarde pas à t

La *varicelle*, dont l'évolution est de huit ou r rarement comme une variole modifiée qui, ainsi principalement chez les sujets vaccinés. Trouss

affection à part, est allé trop loin en disant que la varicelle est aussi étrangère à la varioloïde que la rougeole l'est à la variole. Les prodromes de la varicelle sont d'ordinaire très-légers ou nuls, mais l'éruption présente plusieurs variétés : 1° la *varicelle à petites vésicules* (*chicken-pox* des Anglais), à vésicules petites, acuminées ou aplaties, à liquide transparent, puis lactescent après deux ou trois jours, avec de la démangeaison, et la dessiccation se faisant au bout de six ou sept jours par de légères écailles brunâtres; 2° la *varicelle à vésicule globuleuse* (*swine-pox*), ne différant de la précédente que par le développement semi-sphérique des vésicules, qui se remplissent promptement d'une assez grande quantité de fluide; 3° la *varicelle verruqueuse* ou *papuleuse* (*varicella solidescens*), qui a bien moins d'importance que les deux précédentes.

La variole peut être irrégulière ou compliquée, et présenter encore d'autres éléments de diagnostic dont il sera question plus loin.

2° *Inductions diagnostiques.* — Si j'ai longuement rappelé les éléments symptomatiques de la variole simple et régulière, c'est que la seule constatation de ces caractères suffit presque toujours au diagnostic. Ce n'est qu'au début que le diagnostic peut présenter des difficultés.

Pendant la *période d'invasion*, ces difficultés sont réelles, parce que l'on ne retrouve pas ici, comme dans la plupart des cas de rougeole et de scarlatine, des symptômes prodromiques caractéristiques. Les douleurs lombaires ont sans doute une certaine valeur, parce qu'on les retrouve bien plus fréquemment dans la variole que dans les autres fièvres éruptives, mais comme elles peuvent exister dans ces fièvres et dans d'autres affections aiguës, ainsi qu'on le constate tous les jours, leur valeur est loin d'être absolue. On a signalé aussi l'absence des cicatrices vaccinales comme pouvant démontrer en pareils cas que le malade est plus exposé qu'un autre à contracter la variole; mais cette particularité ne peut fournir qu'une vague probabilité que les phénomènes généraux et les douleurs lombaires se rapportent au début d'une variole, à moins qu'il n'existe une épidémie de cette maladie. Trousseau a vu la rachialgie, ou douleur lombaire, s'accompagner de paraplégie. J'ai rencontré un fait de variole dans lequel, avec la douleur des lombes, coïncidait une rétraction douloureuse du testicule (*Voy. CONGESTION des reins*, p. 229). Ces particularités, qui peuvent se représenter, sont utiles à connaître pour le diagnostic.

Dès que l'éruption a paru, il ne saurait y avoir de sérieuses difficultés de diagnostic que dans les cas où il n'existe encore que des papules. J'ai vu entrer à l'hôpital deux malades atteints d'une fièvre typhoïde avec éruption de *taches rosées lenticulaires* nombreuses, envahissant même le visage, et qui furent considérés, dans un concours clinique, comme atteints de variole discrète au début de l'éruption; les symptômes généraux existants, qu'on ne pouvait expliquer par une lésion locale, avaient favorisé l'erreur, qu'un examen suffisamment prolongé eût pu cependant faire éviter. Les papules de la *rougeole* dite *boutonneuse* pourraient aussi être confondues avec celles de la variole, et réciproquement. Dans ces différentes conditions, l'examen du pharynx, qui offre souvent des vésicules précoces dans les cas de variole, lève ordinairement les doutes (*Voy. p. 807, c.*).

Lorsque la variole est reconnue au début de l'éruption, et si la fièvre est intense, peut-on prévoir que l'on aura affaire à une variole avec fièvre secondaire et suppuration des pustules, ou bien à une simple varioloïde? Dans la plupart des cas, l'existence des cicatrices vaccinales vraies devra bien faire penser qu'il s'agit d'une simple varioloïde; mais cette constatation ne devra pas faire rejeter absolument l'existence d'une variole grave. Il y a plus : il peut se



présenter des cas exceptionnels utiles à connaître, et dans lesquels les cicatrices confluentes d'une variole ancienne n'annoncent pas l'immunité pour une variole grave et même mortelle. J'ai observé à l'Hôtel-Dieu un fait de cette espèce chez un adulte qui, étant militaire, et avant les deux varioles dont la seconde l'a fait succomber, avait été vacciné plusieurs fois sans succès. Bousquet a cité des faits analogues.

Lorsque l'éruption est suffisamment développée, l'apparition ou le défaut de la fièvre secondaire et de la suppuration des pustules démontre qu'il s'agit de la variole ou de la varioloïde. Cependant, l'incertitude ne saurait exister au sujet d'une varioloïde si l'éruption était très-discrète au début, la fièvre modérée, et si le malade avait été vacciné précédemment. Quant à la varicelle, elle ne peut donner lieu à aucune erreur.

La marche de la maladie, précédemment indiquée, a une utilité incontestable comme source de données diagnostiques.

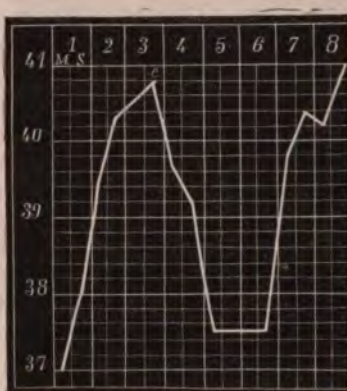


Fig. 310. — Variole confluyente (G. Sée).

Sous ce rapport, l'exploration thermométrique fournit des résultats intéressants. Dans la première période, de deux à cinq jours, il y a une température graduellement élevée 40°, 5 à 42°, puis une diminution ou défervescence rapide après l'éruption, en douze ou quarante-huit heures. Cette défervescence est définitive s'il s'agit d'une varioloïde ; mais s'il y a une variole vraie avec suppuration des pustules, la défervescence qui succède à l'apparition de l'éruption n'est que momentanée et, vers le sixième jour, la température remonte rapidement pour atteindre ou même dépasser la première augmentation, comme on le voit dans la figure 310.

La considération des causes a aussi une importance réelle. L'existence incontestable d'une épidémie, et l'influence de la contagion à laquelle a pu être exposé le malade, sont les particularités étiologiques principales qui peuvent éclairer le diagnostic dans les cas douteux. On n'oubliera pas non plus que c'est surtout après l'âge de six ans que l'on voit survenir la variole, et qu'elle est d'autant plus rare qu'on se rapproche davantage de la vieillesse ainsi que de la naissance, époque à laquelle la maladie peut cependant se montrer congénitale. Le médecin ne peut d'ailleurs fixer qu'une époque bien tardive à laquelle on n'a plus à craindre l'effet d'un rapport antérieur avec un varioleux. La durée de l'incubation, en effet, a été constatée entre trois jours et quarante-six.

La maladie varioleuse étant constatée, il faut que le diagnostic détermine si elle est : 1° primitive ou secondaire ; 2° régulière ou irrégulière ; 3° simple ou compliquée. Les varioles dites *malignes* rentrent dans le cadre des varioles irrégulières et surtout compliquées. Comme dans toutes les fièvres éruptives, l'obscurité du diagnostic est en raison de la forme anormale ou irrégulière de la variole, et des complications qu'il est par cela même important de bien constater au lit du malade.

Relativement au diagnostic des formes anormales de la variole, je rappellerai d'abord qu'en dehors des varioles modifiées par des vaccinations antérieures, il est très-rare de constater des anomalies dans l'évolution des différentes phases de la maladie, contrairement à ce qui s'observe pour la rougeole et pour la scar-

**Maline.** Le fait le plus curieux que j'aie rencontré à ce sujet est une petite fille de 18 mois que j'ai observée en 1859 aux *Enfants-Assistés*. Cette enfant, non vaccinée, entre à l'infirmerie le 22 avril pour une varicelle ; elle en sort guérie le 28. Le 1<sup>er</sup> mai, elle est admise pour une variole discrète à la face, mais plus considérable aux fesses et au bas-ventre, dans le cours de laquelle (le 4 mai) il apparaît une éruption intense de rougeole. Enfin, le 7 mai, alors que les pustules sont à leur période de maturation, une nouvelle poussée d'éruption variolique s'effectue et suit régulièrement toutes ses phases. Je crois qu'il existe dans la science peu de faits analogues, d'autant plus, je le répète, que ces anomalies d'évolution sont très-rares, surtout chez les individus non vaccinés. On a signalé la rareté de la variole confluente chez les très-jeunes enfants.

Quant aux varioles qui apparaissent dans le cours d'une autre maladie, et qui sont par cela même anormales, elles agissent sur la maladie préexistante comme la rougeole : en l'aggravant suivant Barthez et Rilliez, si elle est de celles qui compliquent la variole ; et au contraire en atténuant, suspendant ou guérissant celles qui ne rentrent pas dans le cadre habituel de ses complications, telles que la chorée et plusieurs affections cutanées (eczéma, impétigo, lichen, prurigo).

Les complications de la variole méritent une attention d'autant plus grande qu'elles peuvent être nombreuses et graves. — D'abord on peut trouver combinées à la variole la rougeole ou la scarlatine. Les symptômes variés de ces diverses affections se combinent en pareil cas, et jamais la variole n'a son évolution normale. Le fait que j'ai rappelé confirmerait cette proposition. — J'ai vu une varioloïde survenir avec une *pneumonie* chez le même sujet, et les deux maladies avoir chacune leur évolution parfaitement régulière. — Parmi les complications précoces qui surviennent au début ou pendant l'éruption, on en compte qui ne sont que l'exagération de quelques symptômes ; tels sont le *ptyalisme*, la *laryngite* et l'*ophthalmie*, qui proviennent du développement extrême des pustules de la bouche, du pharynx, du larynx et de la muqueuse oculaire. Il ne faut pas confondre cette dernière ophthalmie avec la kératite qui apparaît à une époque plus avancée, et qui peut amener la cécité, comme c'était si fréquent avant la vaccination. Les Anglais ont décrit sous le nom de *rash* une éruption érythémateuse ou scarlatiniforme, apparaissant principalement au bas du tronc et aux cuisses, en même temps que se fait l'éruption variolique, et qui a été considérée par les uns, comme un signe pronostique favorable, par les autres comme pouvant au contraire se rencontrer dans les faits les plus graves. Enfin on y a vu une éruption spéciale à la variole, tandis que d'autres observateurs se sont demandé s'il ne s'agissait pas là de simples scarlatines irrégulières concomitantes de l'affection variolique (*Voy. Soc. méd. des hôpit.*, 1869). — Les *hémorrhagies*, complication des plus graves et assez fréquentes, se montrent au plus tôt dès le deuxième jour de l'éruption. Vers la peau, le sang envahit les pustules, leur pourtour ou leurs intervalles, sous forme d'ecchymoses noirâtres ou d'épanchements qui peuvent ressembler à des gros grains de cassis, lorsque les pustules forment de petites bulles pemphigoïdes. Les hémorrhagies par les muqueuses consistent en épitaxis, stomatorrhagie, pertes de sang par les selles, l'urine, par l'utérus, et même par des pustules ouvertes ou par des plaies accidentelles. A ce genre de complication, ordinairement funeste, se joignent quelquefois des *symptômes nerveux* qui sont une aggravation de ceux de début : délire, anxiété, agitation extrême. — L'*orchite* et l'*ovarite* varioleuses signalées par M. Béraud (*Arch. de méd.*, 1859, t. XIII), sont des complications importantes à rappeler. — Le gonflement inflammatoire de la



peau qui accompagne l'éruption peut donner lieu à de petits *abcès aigus* qu'il ne faut pas confondre avec les *abcès multiples* sous-cutanés et parfois péri et intra-articulaires, qui surviennent, dans la convalescence, dans diverses parties du corps. Ces derniers abcès ont été considérés comme critiques, ou comme une suite d'infection purulente : souvent favorable dans le premier cas, sauf lorsqu'il y a suppuration des articulations, et toujours funestes dans le second. — Enfin G. Hayem (*Soc. de biol.*, et *Gaz. méd.*, 1866) a trouvé dans la variole (9 fois sur 11 autopsies) les *altérations musculaires* signalées par Rokitanzky comme propres à la fièvre typhoïde (*Voy.* p. 1062).

L'*infection purulente*, survenant pendant la période de suppuration de certaines varioles confluentes, est une complication très-grave et rapidement funeste de la variole; elle s'annonce par de violents frissons et les accidents graves de la résorption du pus (*Voy.* PYÉMIE).

A une époque avancée de la maladie, peuvent apparaître : l'*otite*, qui s'accompagne le plus souvent d'une large perforation du tympan suivant Triquet; la *bronchite*, la *broncho-pneumonie* et la *pneumonie lobaire* chez les enfants (Barthez et Rilliet); exceptionnellement la *gangrène* et les *hydropisies*, qui sont ici aussi rares qu'elles sont fréquentes à la suite de la scarlatine; enfin, on a encore observé comme complications : la *pleurésie*, la *péricardite*, la *néphrite*, la *stomatite*, la *diphthérie* secondaire, le *croup*. Mettrai-je au nombre des complications l'éruption *hydrargyrique* qui survient quelquefois par suite de l'application des emplâtres de Vigo ou des autres préparations mercurielles dans le but d'atténuer l'éruption? Il est évident que ce n'est pas là une véritable complication, mais une coïncidence seulement utile à rappeler (*Voy.* HYDRARGYRIE), pour qu'on rapporte cette éruption à sa véritable cause.

Les *paralysies temporaires* consécutives aux maladies aiguës (*Voy.* p. 726) paraissent avoir été plus particulièrement rencontrées à la suite de la variole et des autres fièvres éruptives.

Les tubercules, loin de se montrer comme complication de la variole, constitueraient une affection antagoniste, pour certains auteurs. Mais qu'est-ce qu'un semblable antagonisme qui n'empêcherait pas la variole de se développer chez des tuberculeux, et qui ne s'opposerait pas à ce que des manifestations scrofulo-tuberculeuses se montrassent postérieurement à la variole?

3<sup>e</sup> *Pronostic*. — Tout le pronostic de la variole se réduit à ces considérations : que la variole normale guérit le plus habituellement, surtout si elle n'est pas confluyente; et qu'elle est principalement grave lorsqu'elle est anormale lorsqu'il existe des complications, ou des maladies préexistantes (variole secondaire). Le très-jeune âge des enfants est une condition défavorable. On sait que la varioloïde est habituellement suivie de guérison, et que la varicelle constitue une affection légère qui guérit constamment.

**VASCULAIRES** (Appareils, bruits). — Je n'ai pas à m'occuper ici des appareils vasculaires, ni à rappeler les maladies qui y ont leur siège, attendu qu'il en a été question aux mots ARTÈRES, LYMPHATIQUES, VEINES. Je n'ai qu'à traiter ici des bruits vasculaires que perçoit l'auscultation, et encore cette tâche se trouve-t-elle abrégée par les articles ANÉVRYSMES, FRÉMISSEMENT cardiaque, SOUFFLES.

Les bruits vasculaires se passent dans les artères ou dans les veines.

A. — Les bruits *artériels* sont perçus au niveau de l'aorte, ou des artères principales des membres. Ils constituent des *souffles simples* et *intermittents* comme la diastole artérielle, et rarement des souffles *doubles* ou *continus*.

Et ils sont *doux*, ce qui est le plus ordinaire; tantôt ils sont *rudes*.



l'homme le bruit de râpe ou de lime du cœur, et enfin ils constituent rarement un bruissement aigu, se rapprochant du bruit de scie, et ordinairement continu.

Les souffles doux peuvent s'entendre au niveau de toutes les grosses artères. Tantôt ils sont perçus dans le voisinage du cœur (aorte, carotides), comme une extension des souffles qui se produisent au niveau des orifices de cet organe (*Voy. SOUFFLES*); tantôt le souffle est indépendant d'une lésion valvulaire du cœur, et il est alors généralisé dans toutes les artères. Ceci arrive dans les cas l'anémie ou de chlorose par suite de l'altération du sang, et sans que les conditions physiques du phénomène aient été bien précisées. On sait que la production des bruits artériels est favorisée par une impulsion plus rapide du sang et par la tension longitudinale des artères. Mais il y a encore d'autres conditions sur lesquelles Potain (art. ANÉMIE du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. IV) a attiré l'attention. Il pense que l'aglobulie et l'hydrémie contribuent à faire naître les souffles anémiques ainsi que d'autres conditions que j'ai rappelées à propos de l'ANÉMIE (p. 58). Le souffle localisé est dû au rétrécissement d'une artère, à son obturation incomplète, à sa compression, à l'existence de plaques crétacées dans son intérieur, à un anévrysme, et, dans le cas où le bruit anormal est continu (bruissement), à un anévrysme variqueux (*anévrysme artérioso-veineux*).

B. — Les bruits veineux sont continus. On en distingue plusieurs variétés : *souffle plus ou moins fort*, uniforme, et devenant souvent musical lorsque la circulation s'accélère, *souffle à double courant ou à renforcement*, analogue au bruit du jouet appelé diable (*bruit de diable*, de Bouillaud); *sifflement modulé* ou imitant le vent de bise, ou un *bruit musical* auquel on a donné aussi le nom de bruit de pialement, bruits se produisant dans les veines suivant Hope, Aran, Barth et Roger, Monneret; mais pouvant également être produits dans les artères comme au niveau du cœur. Les bruits veineux se reconnaissent, au niveau de la jugulaire, par exemple, à ce qu'ils cessent dès que l'on comprime la veine avec le stéthoscope, ou au-dessus avec le doigt, de manière à interrompre la circulation du sang dans son intérieur, ce qui n'empêche pas la circulation de continuer dans l'artère carotide, et le bruit carotidien intermittent d'être perçu. Ces bruits veineux sont des signes plus avancés d'anémie et de chlorose que les bruits artériels, dans les conditions que j'ai rappelées tout à l'heure. Pour Parrot, tous les souffles veineux seraient l'effet du retour du sang dans les veines par suite de l'insuffisance de l'orifice tricuspide du cœur, démontrée par l'existence du poulx veineux. Cette explication ingénieuse a été discutée sommairement au mot SOUFFLES (p. 971) à propos de l'insuffisance tricuspide. J'y renvoie le lecteur.

Au niveau de l'abdomen, un souffle ou murmure a été signalé au niveau d'une veine superficielle dilatée, comme signe de cirrhose, par Sappey (*Voy.* p. 199). Bouillaud et Potain ont constaté aussi un bruit musical au niveau de la partie inférieure du sternum dans la même maladie (*ibid.*). Mais ces signes sont exceptionnels. Il en est de même du souffle signalé par Buser, au niveau de l'artère splénique dans le plus grand nombre des engorgements avancés de la rate(?), et qui serait bien distinct du souffle aortique (*Acad. de méd.*, 1862). Ce souffle pourrait servir, suivant l'auteur, à distinguer la tumeur splénique d'une autre tumeur de l'hypochondre gauche. Lorsque le foie est refoulé en haut, il affirme que l'on peut percevoir un bruit de souffle continu à son niveau.

Le souffle utérin que l'on constate au niveau de l'utérus pendant la gestation (*Voy.* p. 1096), et moins fréquemment au niveau de tumeurs de l'utérus, de

ryngoscope peut les faire constater dans le larynx, où elle phyxie lente.

Toute l'importance du diagnostic pour les végétations se résume dans la distinction de leur nature syphilitique ou végétations syphilitiques, sous des formes diverses (Vo ordinairement avec d'autres symptômes secondaires. simple leucorrhée puisse produire des végétations non femme, on ne doit pas oublier que la grossesse en es (Voy. p. 470). Le chancre végétant (Voy. p. 1075) donne végétations vives qui seront facilement rapportées à leur marche et du développement des accidents locaux.

**VEINES, VEINEUX** (Appareil). — La veine cave inférieure, et la veine porte, constituent les trois gr tisseurs de la circulation veineuse.

Les maladies des veines dont le médecin doit tenir con les CONCRÉTIONS SANGUINES indépendantes de l'inflamma certaines VARICES, les communications anormales des t artères (ANÉVRYSMES variqueux, p. 70), les *compression* veineux par des tumeurs, et en outre, pour la veine porte foie atteint de CIRRHOSE.

Ces lésions se manifestent par des signes directs qui l'on fait abstraction de la douleur et des symptômes for exister dans la phlébite, ou des signes fournis par les affaquent des accidents veineux. Les signes propres à ces accidents sont ceux que produit la gêne ou l'interruption de la circulation. Les signes sont locaux et comprennent la *distension des veines* par stase sanguine, et l'*œdème*. On doit joindre à ces signes la sensation d'un *cordon résistant et douloureux*. La distension d'une veine superficiellement placée et oblitérée par la thrombose, et enfin, comme signe accessoire mais très-grave, la rupture du caillot et le transport rapidemen

Il y a œdème général ou *anasarque* si l'obstacle occupe les orifices du cœur droit, les poumons, ou les orifices des cavités gauches. La distension des veines jugulaires est alors remarquable, et il s'y joint quelquefois des *battements* pseudo-artériels (*pouls veineux*). Ces battements peuvent n'être qu'apparents et dus au soulèvement de la veine par les battements de la carotide, ou bien ils se passent réellement dans les jugulaires et dépendent de l'impulsion en recul que reçoit le sang veineux, par suite, soit d'une insuffisance auriculo-ventriculaire droite, soit d'une communication accidentelle de l'aorte avec la veine cave supérieure (anévrisme variqueux). Enfin, l'œdème est remplacé par l'ascite, et la stase veineuse par la distension des veines superficielles de l'abdomen, si l'obstacle occupe la veine porte (Voy. CIRRHOSE et PHLÉBITE, p. 818). La distension des veines de l'abdomen est aussi un très-bon signe du CARREAU chez les enfants.

**VENINS.** — Les animaux qui ont été appelés *toxicozoaires* en raison de l'action de leur venin sur l'homme (Voy. Moquin-Tandon, *Éléments de Zoologie médicale*), tantôt agissent localement, et tantôt produisent des accidents généraux graves, ou une mort plus ou moins rapide.

Le diagnostic ressort le plus souvent de la connaissance même de la cause qui a produit les phénomènes toxiques. Lorsque les effets du venin sont locaux, et se bornent à une irritation locale avec ou sans gonflement, ils ont généralement peu d'importance. Tels sont ceux qui sont produits par les *araignées*, les *tarentules*, les *scolopendres*, l'*ornithorhynque*, les *scorpions*, les *abeilles*, les *bourdons* et les *guêpes*. Plusieurs de ces animaux ont donné lieu à des fables recueillies par le vulgaire, et on a attribué à leur venin des effets graves. Ils ne le sont véritablement que dans des cas exceptionnels, soit dans certaines régions méridionales comme pour le scorpion par exemple, soit pour certaines espèces qui peuvent occasionner la mort dans nos contrées par la multiplicité des effets toxiques, comme on l'a vu résulter de piqûres d'un essaim d'abeilles sur un même individu.

Les accidents les plus graves sont dus à la morsure des serpents à crochets. On trouve ces accidents parfaitement décrits dans le savant ouvrage de notre excellent confrère le docteur Rufz, sur le *serpent de la Martinique* (1860). Ces accidents sont variables et plus ou moins rapides. Une *douleur vive*, cuisante, s'étendant immédiatement à tout le membre qui a été mordu, son *gonflement* et son *refroidissement* plus ou moins rapides, sa *teinte livide*, les *phlyctènes* qui s'y développent, un *malaise* indéfinissable, des *nausées*, des *vomissements*, des *étourdissements*, puis de la *somnolence* et un *coma* qui peut aller jusqu'à la mort, ou bien des *syncopes fréquentes* et des *sueurs froides et visqueuses* qui la précèdent : tels sont les phénomènes qui s'observent dans un grand nombre de cas. D'autres fois, le blessé succombe à un *phlegmon diffus*, à une *congestion pulmonaire* prise, dit Rufz, pour une pneumonie par certains observateurs. Enfin la mort peut encore être produite par les accidents primitifs se développant tardivement quelques jours après la morsure, alors que le blessé se croit hors de tout danger.

Mais tous les cas de morsure ne sont pas suivis de mort. La guérison peut avoir lieu après des *sueurs copieuses* survenant le second ou le troisième jour, ou plus tard. Cependant la guérison n'est pas constamment complète, et il n'est pas sans intérêt de rappeler les accidents consécutifs que le médecin peut avoir alors à interpréter. Rufz nous apprend qu'il n'est pas rare de rencontrer des *invalides* de la piqûre du serpent, qui conservent, à la suite de phlegmons diffus, des *nécroses*, des *trajets fistuleux*, des *ulcères* dont la guérison est intermi-

nable, des cicatrices et des déformations hideuses, ou des gonflements œdémateux éléphantiasiques. Assez fréquemment pour que Ruz et plusieurs autres observateurs en aient vu chacun plusieurs exemples, on rencontre des amauroses temporaires ou persistantes, des hémiplegies complètes ou des paralysies d'un seul membre. On a encore vu une hémicranie rebelle, l'apachondrie et un mutisme complet malgré la liberté entière des mouvements de la langue (Seisson, Ruz), être la suite d'une piqûre de serpent.

Ces particularités sont pour nous intéressantes à connaître, car elles permettent de remonter à la cause de phénomènes qui pourraient nous paraître inexplicables ou nous induire en erreur, si nous les constatons chez des malades de ce genre venus d'outre-mer. Mais en France on peut aussi, dans certaines contrées, la Vendée par exemple, rencontrer des cas nombreux de morsures de vipère. Viaud-Grand-Marais a publié, en 1860, un livre intéressant basé sur 203 observations qu'il a pu rassembler. Il signale les deux empreintes des dents vénéneuses comme étant habituellement à peine visibles, plus ou moins écartées suivant la grosseur de la tête du reptile. La rétraction de la peau peut faire disparaître à leur niveau toute trace de piqûre. Il a constaté que la mort suit en lieu 24 fois, sur les 203 faits qu'il a réunis, environ dans la huitième partie des cas.

**VENTEUSES (Maladies).** — Voy. PNEUMATOSSES.

**VERS INTESTINAUX.** — Voy. ENTOZOAIRES.

**VERTÉBRALE (Région).** — Voy. RACHIS.

**VERTIGES.** — Le vertige consiste en une sensation momentanée de rennoiement et, dans la station droite, dans un défaut d'équilibration qui fait que l'on cherche un point d'appui pour éviter une chute, qui a lieu quelquefois. Le vertige avec perte de connaissance caractérise une forme d'ÉPILEPSIE. Mais en dehors de cette maladie, il a lieu avec conservation de la conscience individuelle, ainsi que l'a fait remarquer Trousseau, dans sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*; et alors il se présente comme un symptôme ou comme une maladie (arvrose). Max Simon a fait un très-bon travail sur le vertige nerveux (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1858).

Comme symptôme, le vertige se rencontre dans une foule de conditions en apparence contradictoires, c'est-à-dire avec la congestion (active ou par stase sanguine) du cerveau, et avec son anémie. Le vertige n'est donc pas, comme on le croit souvent encore, un signe presque exclusif de congestion cérébrale; c'est un signe avant-coureur d'hémorrhagie du cerveau. On le rencontre aussi non seulement dans les affections cérébrales et méningiennes en général, et surtout dans la paralysie générale des aliénés (où il affecte la forme épileptique), mais de plus dans les maladies d'organes éloignés (vertige sympathique), surtout lorsque ce phénomène est prédominant ou en apparence isolé.

La détermination de l'origine du vertige symptomatique est un point capital du diagnostic, surtout lorsque ce phénomène est prédominant ou en apparence isolé. Il faut songer, en effet, qu'en dehors des affections cérébrales et des affections fébriles graves (fièvres typhoïdes), ce phénomène peut résulter des affections des organes centraux de la circulation avec stase sanguine vers la tête, des maladies des organes respiratoires avec dyspnée extrême, dans lesquelles le vertige semble indiquer une asphyxie commençante, des affections des organes digestifs, et surtout de la dyspepsie stomacale, d'une indigestion, d'un embarras gastrique (vertige stomacal). Les entozoaires des voies digestives donnent également lieu à des vertiges et à d'autres accidents nerveux (Voy. p. 359). Le vertige est encore produit par la constipation, par des empoison-

*nements* (narcotiques, septiques), par certaines *intoxications*, par la *goutte*, par la *maladie de Brighth*, par tous les genres d'*anémie*. Enfin il est, avec la syncope, un des premiers signes de la *rage*.

Le vertige nerveux considéré comme *névrose* doit être admis lorsqu'il se produit spontanément ou par des causes accidentelles, en dehors de celles que je viens de rappeler.

**VÉSICULES. — VÉSICULEUSES** (Affections). — Les soulèvements peu étendus de l'épiderme par une sérosité ordinairement transparente, auxquels on a donné le nom de *vésicules*, se rencontrent comme signes d'un assez grand nombre d'affections cutanées. Ce sont: les différentes variétés d'*HERPÈS*, l'*ECZÉMA*, la *miliaire*, la *gale*, l'*éruption scarlatineuse*, exceptionnellement celle de la *rougeole*, la *varicelle*, certaines *varioloïdes*, la *variole* au (niveau du pharynx), et les *SYPHILIDES* dites vésiculeuses.

En outre de ces affections, dans plusieurs desquelles les vésicules confluentes peuvent se convertir en bulles, je dois rappeler encore : les *SUDAMINA*, qui sont un symptôme important de quelques affections, et notamment de la fièvre typhoïde; les vésicules sublinguales que l'on a cru constater dans la *coqueluche* et dans la *rage*; et enfin l'éruption vésiculeuse qui peut accompagner beaucoup de piqûres d'animaux parasites ou venimeux, ou succéder à des frictions irritantes, comme celles avec de la teinture d'*arnica*, par exemple, qui est si fréquemment employée, avec l'*huile* de croton, le tartre stibié. Comme complément de cet article, voyez le mot *BULLES*.

**VESSIE.** — La vessie est entièrement cachée derrière le pubis et dans la profondeur du bassin dans l'état sain, et ce n'est que lorsqu'elle est plus ou moins fortement distendue par l'urine qu'elle s'élève vers l'abdomen dans la région hypogastrique et même jusqu'au delà de l'ombilic, où elle constitue une sorte de globe qui est comme inséré par sa base dans la concavité pelvienne.

1° *Maladies.* — La vessie est atteinte d'*HÉMORRHAGIES* (*Voy.* p. 490, b), de *CYSTITE*, de *CALCULS*, de *PARALYSIE*, de *distension* (*Voy.* RÉTENTIONS d'urine, p. 921), de *RUPTURES*. Mais la vessie peut paraître affectée lorsque ce sont les reins et les voies urinaires qui en partent (calices, bassinets, uretères) qui sont réellement atteints, et qui lui transmettent du sang, du pus, des calculs.

2° *Symptômes.* — Outre la douleur spontanée qui peut exister au niveau de la vessie, c'est surtout celle que provoque la miction, et les troubles qui caractérisent cette dernière, qui ont une valeur clinique (*Voy.* MICTION). La sortie involontaire de l'urine par le vagin indique chez la femme une solution de continuité, ou fistule vésico-vaginale. Les qualités de l'URINE sont une source importante de données diagnostiques, et notamment lorsqu'elles contiennent des *matières filantes* (mucus) qui s'accumulent dans le fond du vase, et qui indiquent l'existence d'une cystite. L'émission goutte à goutte de l'urine est un signe de paralysie de la vessie.

L'*exploration* de la vessie se fait à l'aide de différents moyens. — L'*inspection* constate quelquefois la saillie de la région inférieure et moyenne du ventre par le globe urinaire ayant acquis un grand volume. Mais cette saillie globuleuse ne peut être jugée à la simple vue comme appartenant nécessairement à la vessie (*Voy.* TUMEURS). — La *palpation* sent que cette tuméfaction est uniforme, plus ou moins dure, plus ou moins fluctuante; mais l'application de la main à l'hypogastre peut constater la saillie de la vessie distendue, bien avant qu'elle y forme un relief apparent. — Le *toucher* par le rectum chez l'homme, et par le vagin chez la femme, donnent plus de probabilité au diagnostic en faisant sentir sous le doigt et antérieurement la saillie globuleuse et élastique de la vessie. —



La *percussion* produit une matité à convexité supérieure et occupant exactement l'axe vertical de l'abdomen, ce qui, lorsque la tumeur est fluctuante, la distingue aisément de l'ascite, dont la matité a au contraire des limites à convexité supérieure. — Mais le moyen par excellence de constater si une tumeur hypogastrique est due à la distension de la vessie, c'est le *cathétérisme vésical*, qui, en donnant issue à l'urine, fait disparaître la tumeur, et qui, à la manière dont l'urine s'échappe de la sonde, permet de juger de la contractilité de la vessie. Cette contractilité est intacte si le jet de l'urine est lancé en avant, plus ou moins de force et d'une manière continue; elle est diminuée ou abolie et par suite il y a paralysie complète ou incomplète, si le jet sort en bavant après le jet primitif, ou seulement par la pression exercée sur la région hypogastrique. Il se produit quelquefois un singulier bruit de gargouillement vésical au moment du cathétérisme qui a été signalé par Higguet, et dont il a été question au mot GARGOUILLEMENT (p. 434).

**VIBRATIONS THORACIQUES.** — Voy. VOIX THORACIQUE.

**VIEILLESSE.** — Voy. AGES.

**VIPÈRE.** — Voy. VENINS.

**VIRGINITÉ.** — Voy. HYMEN.

**VISCÉRALGIE.** — Les névralgies des viscères sont un des points les plus obscurs de la pathologie. Si, en se fondant sur des considérations anatomiques, on a démontré comme l'a fait Jolly (*Dict. de méd. et de chir. prat., art. névralgie*), que des douleurs nerveuses indépendantes de toute lésion peuvent occuper les différents organes internes, une difficulté insurmontable n'en est pas moins dans l'état actuel de la science; c'est celle de pouvoir distinguer, au lit du malade, les viscéralgies des autres affections douloureuses des organes.

Si l'on excepte la GASTRALGIE et l'ENTÉRALGIE, tout est obscurité dans le diagnostic des autres viscéralgies, et ce n'est que par des subtilités de raisonnement que l'on peut chercher à l'établir. Si l'on y arrive par voie d'exclusion, il reste toujours du doute sur la légitimité du diagnostic porté, et des doutes d'autant plus sérieux que, dans la même région, les organes sont plus nombreux.

Ces réflexions s'appliquent à l'hépatalgie, à la néphralgie, à la cystalgie, à l'hystralgie. Lorsque ces viscéralgies existent réellement, on ne peut que les soupçonner par voie d'exclusion, surtout lorsque les douleurs alternent avec d'autres névroses douloureuses bien caractérisées. Quant à affirmer que la viscéralgie est incontestable, cela me paraît impossible. Je n'insiste donc pas davantage sur ce sujet.

**VITILIGO.** — Le vitiligo, décoloration partielle de la peau dans des points ordinairement bien délimités où elle manque de pigment, ce qui la fait désigner aussi *achromie*, peut être congénital ou accidentel. Les taches sont d'un blanc laiteux, irrégulières, en stries ou en plaques; elles ne sont accompagnées ni de chaleur ni de démangeaisons, elles siègent principalement au scrotum chez l'homme, mais aussi dans d'autres régions.

Dans la maladie d'Addison, il n'est pas rare de constater des îlots de vitiligo au milieu des surfaces bronzées, où le pigment semble s'être réfugié. Chez les nègres atteints de cette décoloration, elle contraste vivement avec la couleur noire de leur peau.

Bazin considère comme dû au parasite cryptogamique de la teigne pelade le vitiligo qui a son siège de prédilection au cuir chevelu, et qui est caractérisé par des surfaces décolorées de forme ovale ou circulaire, par l'altération des caractères physiques des cheveux, et surtout par une coloration beaucoup plus

foncée de la peau au pourtour des parties blanches, par suite d'hypersécrétion pigmentaire.

Quoi qu'il en soit, on ne devra pas confondre le vitiligo avec les surfaces blanches qui résultent de cicatrices avec destruction du derme. L'irrégularité du tissu cicatriciel, lorsqu'elle existe, suffit pour établir la distinction; mais il n'en est pas de même quand ces inégalités manquent. C'est ce qui explique comment J. Franck a décrit comme vitiligo des hydropiques ou des femmes grosses les cicatrices en lignes blanches qui résultent de la distension exagérée des parois abdominales.

**VOIX, VOIX THORACIQUE.** — Les modifications de la voix sont fréquentes dans les maladies. Outre la diminution d'intensité ou l'abolition de la voix qui constituent l'APHONIE, il en est qui, sans avoir la même importance, sont utiles à rappeler. Tels sont les changements de timbre et de tonalité que subit la voix dans les affections suivantes. Elle est altérée dans la pharyngite tonsillaire, comme si le malade avait dans la gorge un corps volumineux, et parfois elle est en même temps nasonnée; elle est modifiée dans son timbre, sa tonalité et sa puissance, suivant N. Guéneau de Mussy, dans la pharyngite granuleuse; elle est grave dans le coryza; aiguë et parfois même un peu chevrotante (Woillez) dans la pleurésie avec épanchement; nasonnée dans la *paralysie du voile du palais*, et avec les *calculs* de cet organe; entrecoupée et expirée avec peine dans la *paralysie du diaphragme*. Ces particularités montrent l'intérêt qu'il y aurait à étudier plus complètement qu'on ne l'a fait jusqu'ici les modifications du timbre et de la tonalité de la voix articulée dans les maladies. L'examen laryngoscopique peut éclairer sur l'existence ou l'absence d'une lésion laryngienne expliquant l'aphonie, ou révéler un anévrysme de l'aorte altérant la voix.

La *voix thoracique* est celle qui résonne dans les cavités aériennes sous-glottiques, dont les vibrations y produisent des phénomènes pathologiques utiles au diagnostic, et qui sont perçus par l'auscultation et la palpation. Les premiers de ces phénomènes sont la *bronchophonie*, la *pectoriloquie*, l'*égophonie*, la *voix soufflée*, et le *bourdonnement amphorique* de la voix. Les phénomènes constatés par la palpation sont les modifications que subissent les vibrations des parois thoraciques pendant l'exercice de la parole.

La *bronchophonie*, qui résulte de la condensation du tissu pulmonaire par infiltration, compression ou induration, est presque toujours un signe complémentaire de la respiration bronchique ou soufflante. Tantôt il semble que la voix du malade, devenue bourdonnante et diffuse, se passe dans le voisinage de l'oreille de l'explorateur, comme dans la congestion pulmonaire, la compression des poumons par des tumeurs, etc.; tantôt elle a un timbre moins moelleux, comme *métallique* (pneumonie), et il n'est pas rare, dans ce dernier cas, de voir coïncider avec la bronchophonie un *souffle articulé*, à chaque mot prononcé, et semblable au souffle de la respiration. Ce phénomène de la voix, qui est bronchique et soufflant à la fois, n'a pas suffisamment fixé l'attention des observateurs: je l'ai plusieurs fois constaté dans la pneumonie et dans la pleurésie avec épanchement.

La *pectoriloquie*, signalée par Laennec comme signe de cavernes pulmonaires, semble se passer, en effet, dans des cavités plus vastes que la bronchophonie, et c'est à tort que Skoda n'a pas tenu compte de cette distinction sous le prétexte que la bronchophonie et la pectoriloquie sont réunies par des nuances intermédiaires insaisissables (*Voy. p. 184*). La pectoriloquie n'est pas constante dans les cas de cavernes.

L'égophonie, par son caractère chevrotant et caractéristique, est, quoi qu'en ait dit, un très-bon signe d'épanchement pleurétique. Ses caractères, joints à ceux de la bronchophonie, sont dénommés broncho-égophonie.

J'ai appelé *voix soufflée* une variété de la voix thoracique consistant en cadences soufflées, se produisant sous l'oreille de l'observateur immédiatement après chaque articulation vocale. Cette voix soufflée n'est pas un écho de la voix glottique; car elle a d'abord un autre caractère, puisque c'est un simple souffle, et puis il y a, entre l'articulation glottique et le souffle qui la suit, un intervalle très-sensible qui n'existerait pas s'il y avait retentissement comme dans la bronchophonie. L'interprétation physique en est difficile. On la rencontre fréquemment dans la pneumonie, la pleurésie, les tubercules crus, ou de vastes cavernes, avec la gangrène du poumon, la congestion pulmonaire, etc., sans qu'elle en soit un signe constant (*Soc. méd. des Hôpit.*, et *Union méd.*, 1864).

Quant au *bourdonnement amphorique* de la voix, qui se constate quelquefois dans le *pneumo-thorax* et dans les vastes *cavernes tuberculeuses*, il a des caractères qui sont toujours faciles à reconnaître, comme se passant dans une vaste cavité.

Non-seulement la voix du malade produit ces phénomènes d'auscultation, mais encore celle de l'observateur lui-même lorsqu'il ausculte et parle en même temps : c'est l'*autophonie*, décrite comme un nouveau mode d'auscultation par Hourmann (*Revue médicale*, 1839), et dont le principe avait été signalé auparavant par Bricheteau et Taupin. Mais l'expérience a démontré que ce mode d'auscultation avait une utilité très-restreinte.

Quant à la constatation des *vibrations thoraciques* par la palpation, ou plutôt par l'application de la main, pendant que le malade parle, elle a été bien étudiée par Monneret (*Revue méd.-chirurg.*, 1848). Ces vibrations sont augmentées dans la *pneumonie*, dans la *congestion* et l'*œdème pulmonaires*, dans les *tubercules crus* (réunis ou disséminés), et dans les pleurésies avec adhérences et sans épanchement. Elles sont diminuées au contraire dans l'*épanchement pleural*, le *pneumo-thorax*, l'*emphysème*, et les *excavations pulmonaires* (?).

**VOLVULUS.** — Voy. OCCLUSIONS INTESTINALES.

**VOMISSEMENT.** — L'expulsion par la bouche des matières diverses contenues dans l'œsophage ou dans l'estomac constitue le vomissement ou les vomiturations.

1<sup>o</sup> *Caractères.* — Le vomissement est précédé souvent de nausées, de dégoût, de gêne à l'épigastre, de malaise indéfinissable, puis surviennent les contractions musculaires plus ou moins violentes de l'abdomen, qui expulsent le contenu de l'estomac. D'autres fois l'expulsion a lieu sans efforts, avec ou sans prodromes, et peut constituer de simples vomiturations. — Le vomissement peut être facile ou difficile, et dans ce dernier cas, les efforts étant multipliés et le résultat se faisant attendre, il en résulte une anxiété très-pénible, parfois des syncopes, et même des convulsions. — Le retour des vomissements est plus ou moins répété, et sa fréquence très-variable. Ils se montrent accidentellement ou bien d'une manière suivie, tantôt assez régulièrement tous les matins, tantôt immédiatement après les repas, ou plusieurs heures après l'ingestion des aliments.

C'est principalement par les matières vomies que les vomissements diffèrent. Ce sont de simples *mucosités filantes* incolores, ou mélangées de bile et de matières saburrales; des *aliments* plus ou moins digérés, très-acides s'ils ont

séjourné quelque temps dans l'estomac, ou ayant l'odeur modifiée des substances ou des liquides ingérés; des *matières fécales*; des *matières noires* ou *brunes* qui peuvent être des aliments particuliers, du sang altéré et parfois un végétal parasite (*sarcine*) que le microscope fait facilement reconnaître; enfin du *sang pur*, du *pus* en plus ou moins grande abondance suivant l'étendue du foyer qui le fournit, et parfois des *lombrics*, ou des *hydatides* provenant d'une tumeur de ce genre ouverte dans l'estomac.

2° *Conditions organiques et signification.* — Le vomissement peut se produire dans l'état de santé, à la vue d'un objet qui inspire un profond dégoût; mais c'est surtout comme symptôme de maladie réelle que se montre le vomissement.

Il y a d'abord à distinguer les faits dans lesquels il existe, en outre du vomissement, un ensemble de signes caractéristiques qui font que ce phénomène a une signification bien évidente : tels sont par exemple le *cancer de l'œsophage*, celui de l'estomac, l'*œsophagite*, l'*indigestion*, l'*embarras gastrique*, la *gastrite*, la *péritonite*, les *hernies*, l'*hépatite*, la *splénite*, la *néphrite*, la *cystite* aiguë, une *ascite* considérable, la *coqueluche*, la *grippe*, ou simplement une toux opiniâtre, la *fièvre bilieuse*, la *fièvre jaune*, la *peste*, le *choléra*, les *coliques* saturnine, hépatique, néphrétique, l'intoxication par le *sulfure de carbone*, le *mal de mer*, certaines *névralgies* dorso-intercostales, la *mi-graine*, la *méningite*.

Mais les vomissements dont l'interprétation est le plus difficile sont ceux qui se montrent d'emblée sans signes concomitants ou du moins sans signes qui suffisent pour éclairer immédiatement le diagnostic.

Certaines maladies intra-crâniennes se révèlent principalement par des vomissements dont on ne peut que par voie d'exclusion soupçonner l'origine, comme la *méningite* chez les enfants, ou certaines *tumeurs* cérébrales. La *dentition* produit également des vomissements qu'on pourrait sans attention attribuer à toute autre cause. — Au début des *maladies aiguës fébriles*, principalement des *fièvres éruptives* dans l'enfance, les vomissements peuvent donner lieu à des méprises regrettables. Les vomituritions de matières glaireuses le matin sont quelquefois un des premiers signes du *CANCER stomacal*. Le vomissement se montre encore comme signe principal au début de la *grossesse*; dans la *DYSPEPSIE* acide; dans l'*ulcère simple de l'estomac*, où il est caractérisé par la couleur brune, noire, ou sanguinolente des matières vomies, de même que dans le cancer. Il révèle l'*hématomèse* dans les conditions variées où cette hémorrhagie se produit. Presque tous les *empoisonnements* s'accompagnent de vomissements qui en sont souvent le premier signe. Il en est de même pour les *occlusions intestinales*, dans lesquelles les vomissements stercoraux mettent bientôt sur la voie du diagnostic. Des faits de méprise facile sont ceux de vomissements dus à des *entozoaires* intestinaux, à la *glycosurie*, à l'*ostéomalacie*, à l'emploi trop prolongé, à un moment donné, de l'*électrisation localisée* par suite de l'excitation trop grande de la sensibilité.

Le vomissement ou les vomituritions qui accompagnent une dysphagie habituelle, dont le siège est plus profond que le pharynx, doivent faire soupçonner une affection de l'œsophage. Middeldorff a vu un polype implanté dans ce conduit près du larynx venir faire saillie dans la bouche à la suite d'un vomissement. Quand il y a obstruction et arrêt des aliments dans l'œsophage, ils sont rendus presque en nature. Racle les a vus former une masse comme argileuse qui était expulsée par les vomissements hors d'une poche accidentelle occupant le médiastin; cette poche communiquait avec l'œsophage par une perforation























